

ОБЪЕДИНЕННЫЕ НАЦИИ
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ



Distr.
GENERAL

E/CN.4/1172/Add.1
19 June 1975
RUSSIAN

Originals: English/French
Russian/Spanish

КОМИТЕТ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И РАЗВИТИЕ НАУКИ И ТЕХНИКИ

Защита человеческой личности, ее физической и
интеллектуальной целостности в свете достижений
в биологии, медицине и биохимии

Доклад Генерального секретаря
(продолжение)

ЧАСТЬ 2. ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

I. ПЕРЕСАДКА ОРГАНОВ

112. В последние годы стало возможным производить хирургическую пересадку определенных органов от одного человека к другому. Сейчас уже преодолены важнейшие хирургические трудности, и эффективные иммуноподавляющие меры, необходимые для успешного послеоперационного лечения, получили должное развитие. Однако, пересадка органов от одного человека к другому поднимает ряд юридических, этических и социальных вопросов. В заявлении Генеральному секретарю, сделанном Международной комиссией юристов, на заседании по правам человека, состоявшемся в Понреале в 1968 г., где среди других вопросов обсуждались "новые опасности, вызванные научным развитием", содержался призыв обратить внимание "на далеко идущие последствия искусственных пересадок".

1. Вопрос риска, которому подвергаются живые доноры в операциях по пересадке, с точки зрения возможной пользы каждой операции

113. Чтобы здоровье живых доноров в операциях по пересадке органов не подвергалось ненужному риску, количество удаляемых у них органов является ограниченным. В докладе комиссии Министерства юстиции Дании по вопросу законодательства о пересадке органов говорится: "Применение живых доноров возможно лишь тогда, когда речь идет о тканях, или об органах, которые можно удалить без значительного риска для жизни или здоровья донора".^{169-170/} В этой связи доктора А. де Конинк, Р. Дор и И. Фагнарт подчеркивают, что "у человека можно удалять лишь парный орган или ткань, способную восстанавливаться".^{171/} При определении органов, которые можно пересаживать от живого донора, вышеупомянутый доклад Комиссии Министерства юстиции Дании утверждает: "С точки зрения более длительного периода у живого человека без риска можно удалить лишь определенные ткани, как, например, кожу, костный мозг и куски кости, а из жизненно важных органов одну почку".^{172/}

169-170/ Доклад Комитета Министерства юстиции, касающийся законодательства о пересадках органов, сделанный 12 октября 1966 г. и Акт №246 от 9 июня 1967 г. "Об удалении человеческих тканей" (Национальное здравоохранение в Дании, 1968) (в дальнейшем будет называться "Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании"), стр. 11.

171/ Drs. A. de Coninck, P. Dor and J. R. Fagnart; Etude sur le problème de la recherche expérimentale sur l'homme et son application aux greffes d'organes (Brussels, Conseil de l'Ordre des médecins du Erabant, 1971), p. 18

172/ Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 11.

114. Во всей литературе, посвященной пересадкам, указывается, что каждая операция представляет собой определенный физический риск для живых доноров. Так, доктор богословия Джон Холден пишет, что "следует учитывать физический риск для ... донора, у которого берут орган для пересадки".^{173/} Говоря об операциях по удалению почки, доктор Е. Пиллен отметил: "Мы ... рискуем здоровьем здорового человека в будущем, а дальний прогноз пока неизвестен".^{174/} Доктора А. де Коиник, П. Дор и Дж. Р. Фагнарт указывают, что "следует учитывать непосредственный риск и постоянную частичную инвалидность, которая вытекает из удаления органа".^{175/} В докладе Комиссии Министерства юстиции Дании, касающемся законодательства о пересадке органов, говорится, что даже если органы и ткани "можно получить без риска для доноров в будущем, нельзя забывать, что каждая анестезия и операция предполагают определенный - пусть небольшой, но все же серьезный риск физического увечья или смертельного исхода".^{176/}

115. Физический риск, которому подвергается донор при операции по пересадке органов, может угрожать его жизни. Говоря об удалении одного из парных органов, Генри К. Бичер утверждает: "Такое положение относится к категории "статистической смертности", ибо все серьезные хирургические операции имеют собственный показатель смертности. Когда будет произведено достаточное количество операций, даже удаление одного из парных органов приведет к смертному случаю".^{177/} Доктор Джеральд Кук, хирург Западной больницы в Торонто подчеркивает, что "существует риск, что донор умрет на операционном столе или в результате "послеоперационных" осложнений".^{178/} В этом контексте доктор С. А. Ришар отмечает: "Статистически донор подвергается риску. В тех случаях, когда дело касается почки, общепризнанная цифра смертности при нефрактомии

^{173/} John Holden Th. D., "Some ethical considerations in the transplantation of organs", Existential Psychiatry, vol. 1, No. 2, p. 175.

^{174/} Е. Пиллен, "Теоретические и практические соображения о применении низкого напряжения и ЭЭГ", доклад, подготовленный для Первого Всемирного съезда, посвященного вопросам медицинского законодательства, Гент, август 1967, стр. 5.

^{175/} Доктора А. де Коиник, Р. Дор и Дж. Р. Фагнарт, там же, стр. 18-19.

^{176/} Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 11.

^{177/} Henry K. Beecher, "Scarce resources and medical advancement", Ethical Aspects of Experimentation with Human Subjects, Daedalus, Spring 1969, p. 306.

^{178/} И.Г. Кастель и Г.С. Шарп "Несовершеннолетние, согласие и пересадка органов", работа, подготовленная для Третьего Всемирного конгресса, посвященного медицинскому законодательству, Гент, 23 августа 1973 г.

составляет примерно один на тысячу".^{179/} Опасность летального исхода угрожает также и донорам, у которых удаляются другие органы и ткани. Так, хорошо известен пример молодого человека 30 лет, кожного донора, который умер от обширной легочной эмболии через 10 дней после операции.^{180/}

116. Помимо того, что донор, у которого удаляется живой орган, подвергается более или менее опасной операции, в будущем всегда существует вероятность заболевания или повреждения оставшегося парного органа. Доктор Герман Л. Блумгарт, профессор при медицинском факультете Гарвардского университета, пишет: "Донор не только лишается фактора безопасности и жизнеспособности, который дает ему вторая почка, но и испытывает все последствия серьезной операции в области брюшной полости. Можно себе представить положение девочки - подростка, которая отдает почку своей сестре - однояйцевому близнецу, теряя при этом дополнительный фактор почечной безопасности еще до того, как она прошла через такие периоды жизни, как беременность, которая может осложниться почечной инфекцией или другой болезнью".^{181/} Доктор С.А. Рипар подчеркивает: "Риск, связанный с травматизмом или болезнью из-за наличия единственной почки, увеличивается".^{182/}

117. М.Ф.А. Вудраф, профессор хирургии Эдинбургского университета, говоря об определенных будущих опасностях, связанных с удалением здоровой почки, "обращает внимание на возможность того, что страховые компании могут отказаться страховать потенциальных доноров или снижать выплату действительным донорам".^{183/}

^{179/} Бюллетень Международной Федерации хирургических учебных заведений, № 7, (май, 1967 г.), присланный федерацией (в дальнейшем "Бюллетень"), стр. 31.

^{180/} "Круглый стол" Совета Международных Медицинских Организаций: 1. Биомедицинская наука и дилемма экспериментов на человеке (Париж, Совет Международных медицинских организаций, 1968) (Далее называется "Круглый стол": 1. Биомедицинская наука ..."), стр. 52; Paul-Julien Doll, "L'homme mis en pièces et les droits de l'homme: transplantation d'organes", Université de Besançon, - IVe Colloque de Besançon. - Les droits de l'homme en France, 17-19 janvier 1974, p.9.

^{181/} Herrman L. Blumgart, Ethical Aspects of Experimentation with Human Subjects, DAEDALUS, Spring 1969, p. 265.

^{182/} "News Bulletin", p. 31.

^{183/} M.F.A. Woodruff, "Ethical problems in organ transplantation", British Medical Journal, 1964, 1, p. 1458.

118. Федерация Нейрохирургических обществ отмечает, что "после, например, пересадки почки, в исключительных случаях может развиваться злокачественная опухоль мозга с очень сомнительным прогнозом".^{184/}

119. Что касается степени риска живого донора, у которого удалили почку, то хотя цифры, приводившиеся врачами, в какой-то степени не совпадают, все соглашается, что пусть риск и не велик, ни нельзя пренебрегать. Выступая на конференции Круглого Стола Совета Международных Медицинских организаций по вопросу Биомедицинской науки и дилеммы проведения эксперимента на людях, профессор Дж. Хамбургер сказал:

"Операция нефрэктомии, удаление почки, создает для здорового субъекта непосредственный операционный риск, составляющий примерно 0,05%, и более отдаленный риск, состоящий в том, что человек, имеющий одну почку, может получить повреждение, заболеть раком или туберкулезом почки, составляющий 0,12% ..., это равняется риску, которому подвергается человек, едущий в машине каждый день на расстоянии 20 км в рабочие дни. Таким образом, риск не велик, но он существует".^{185/}

120. Обращается внимание и на тот факт, что живые доноры подвергаются также некоторому психологическому риску. "Психологический риск донора, — пишет Джеральд Лич, — начинается с вопроса подлинности "добровольной" природы его жертвы".^{186/} Часто семья выбирает донора среди своих членов еще до того, как была предложена пересадка живого органа. Давление, оказываемое на такого донора, может быть настолько велико, что ему дадут понять, что в случае отказа он убьет своего больного родственника. В других случаях донор может "вызваться добровольно", руководствуясь чувством долга: "я боюсь, но я должен любить своего брата ...". Бывают случаи, когда донорам кажется, что они убили своего родственника, если они уже отдали почку, но орган отказал".^{187/} Говоря о пересадках между однояйцевыми близнецами, И.Г. Кастел и Г.С. Шарп отметили, что:

^{184/} Информация, посланная в Федерацию Нейрохирургических обществ 16 января 1974 г.

^{185/} "Круглый стол" СМНО 1. Биохимическая наука ..., стр. 43.

^{186/} С добровольным характером отдачи органов донорами, см. также параграфы 140-213.

^{187/} Gerald Leach, The Biocrats, rev. ed. (Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books, 1972), pp.306-307.

"в двух случаях реципиент в конце концов умер, и здоровый близнец перенес эмоциональную травму из-за смерти брата, для предотвращения которой делалась "благодетельная" операции, хотя повидимому, чувство вины отсутствовало".^{188/}

121. Другим аспектом психологического риска является возможное чувство искалеченности и сознание отсутствия органа у донора. Доктор Г.Е. Шрейнер пишет: "Не исключено, что донор чувствует отсутствие органа - он может чувствовать недостаток чего-то при виде прама, свидетельствующего об отсутствии почки".^{189/} Донор продолжает жить с одной почкой, постоянно сознавая фатальные результаты, которые может вызвать повреждение или заболевание единственного оставшегося органа".^{190/}

122. В докладе комиссии Министерства юстиции Дании, посвященном законодательству о пересадке органов, подчеркивается нравственное напряжение, которому подвергаются все лица, связанные с операцией по пересадке органа.^{191/} Дж. Рассел Элкинтон указывает на возможность нарушения психического и эмоционального здоровья потенциального донора, а также семьи пациента. Он пишет:

"Я знаю случай, когда брат пациента, отказавшийся отдать почку, пережил в результате серьезную эмоциональную травму. Я знаю пример другой семьи, пережившей кризис из-за матери, которая отдала почку своему ребенку вопреки воле мужа и отца. Подобные психосоциальные осложнения имеют место во многих трудных клинических ситуациях, но чаще всего это происходит при пересадки органов".^{192/}

123. С другой стороны, вероятность успеха пересадки почки от живых доноров в настоящее время является умеренной. По оценке доктора С.А. Ришара она составляет от 40 до 50%.^{193/} Говоря о вероятности успеха при пересадке почки, профессор Н. Хамбургер сказал:

^{188/} И.Г. Кастел и Г.С. Шарп, Gerald-Leach, *The Biocrats*, p.4.

^{189/} G.E. Schreiner; "Problems of ethics in relation to haemodialysis and transplantation", in: G. Wolstenholme and M. O'Connor, eds., *Law and Ethics of Transplantation*, Ciba Foundation Blueprint (London, J. and A. Churchill Ltd., 1968), p. 132.

^{190/} И.Г. Кастел и Г.С. Шарп, там же, стр. 5.

^{191/} Доклад комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 11.

^{192/} J. Russel Elkinton, "Moral Problems in the Use of Borrowed Organs", *The Annals of Internal Medicine*, 60, No 2, February 1964, p. 312.

^{193/} "Бюллетень" стр. 31.

"В нашей группе взятой в целом, с тех пор, как мы начали эти операции, мы добились полного успеха в течение года с лишним в 55% случаев — цифра, которая поднимается до 75%, если учитывать операции, выполненные только в течение двух последних лет. Впрочем, во всем мире произошло улучшение методов и результатов".^{194/}

124. Ввиду риска, которому подвергаются живые доноры, высказывали сомнения, стоит ли их использовать вообще. "Впервые в истории медицины, — отмечает Ф.Д. Мур, — принят на вооружение метод, согласно которому наносится непоправимый ущерб здоровью здорового человека, чтобы улучшить состояние больного".^{195/} Дж. Рассел Элкинтон отмечает, что может возникнуть вопрос о законности деятельности врачей, которые подвергают здорового человека риску возможного сокращения жизни на 25 или 30 лет с целью продления жизни другого лица на 25-30 месяцев или менее.^{196/} Ф.Д. Мур пишет, что в некоторых лабораториях на эту проблему смотрят с таким скептицизмом, что ни под каким видом не используют ткани добровольных доноров-людей.^{197/} "Имеет ли доктор право становиться соучастником того, кто желает рискнуть собой, чтобы предотвратить смерть другого человека?" — спросил доктор Ришар.^{198/} На вышеупомянутой конференции Круглого стола Совета Международных медицинских организаций профессор Дж. Хамбургер заявил в этой связи:

"Таким образом, с одной стороны существует риск для донора, составляющий 0,12%, а с другой — вероятность успешной операции, достигающая 75%. При таких обстоятельствах имеем ли мы право принять добровольный дар донора? Как известно, традиция отвечает отрицательно на этот вопрос, поскольку как моральная традиция, так и законодательства большинства стран запрещают производить операцию — в данном случае удаление почки у пациента, если данная операция не направлена на благо самого пациента. Но в последние годы, по-моему, все пришло к заключению, что в конкретных случаях удаления органа с целью спасения умирающего, нельзя придерживаться такой традиции. Все философы и врачи, занимавшиеся этой проблемой, не находят ничего противозаконного в том, что человек идет на разумный риск, дабы спасти того, кто ему дорог".^{199/}

^{194/} "Круглый стол", Биохимическая наука ..., стр. 43.

^{195/} F.D. Moore, "New Problems for Surgery", *Science*, vol. 144, 1964, p. 388.

^{196/} J. Russell Elkinton, *loc. cit.*, p. 312.

^{197/} Cf. F.D. Moore, *loc. cit.*, p. 388.

^{198/} "Бюллетень", стр. 32

^{199/} "Круглый стол", 1. Биомедицинская наука ..., стр. 43.

125. На этой же конференции было обращено внимание на необходимость изучения этики риска. Постоянный представитель Ватикана при Организации Объединенных Наций Х. де Рейдматен сказал:

"Хотя жизненно необходимо ограничивать то, что должно быть ограничено, важно также, чтобы риску придавалось его полное гуманное и положительное значение благодаря сознательно объективному усилию морального мышления".^{200/}

126. С точки зрения риска для живых доноров, роль врача, производящего операцию по пересадке органов, имеет первостепенное значение. Говоря о необходимости идти на разумный риск, профессор Гамбургер сказал:

"Но если таковы заключения различных состоявшихся собраний, необходимо, чтобы доктор выяснил для себя две вещи: во-первых, наличие оптимальной зависимости между риском и вероятностью успеха, во-вторых, что донор действует по-настоящему добровольно. Под оптимальностью риска следует понимать отсутствие дополнительного риска со стороны донора из-за каких либо дефектов его здоровья, и что реципиент обладает достаточной совместимостью, дающей хорошие надежды на успех операции".^{201/}

Перед каждой операцией по пересадке почек необходимо тщательно взвесить ту опасность, которой подвергается живой донор, по сравнению с вероятностью успеха пересадки для реципиента. "Забота о реципиенте должна соответствовать заботе о доноре", - подчеркивает Герман Л. Блумгарт.^{202/} "Необходимо также, чтобы польза, которую получает реципиент, превосходила жертву органа донором". - отмечают доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт. Профессор Давид Дауб пишет:

"Во-первых, не должно быть других путей излечения, т.е. путей, практически достижимых: хирурга не должно сдерживать соображение, что если бы существовали в достаточном количестве гемодиализные машины, то пациенту можно было бы помочь этим методом, при изучении всех за и против, положение будущего реципиента должно сильно перевешивать ту опасность и потерю, которой подвергнется донор. Действительно, надежда для реципиента, вероятность успеха, как непосредственная, так и будущая, также должны быть учтены, подобно

^{200/} "Круглый стол", 1. Биомедицинская наука..., стр. 78.

^{201/} Там же, стр. 44.

^{202/} Герман Л. Блумгарт, там же, стр. 65.

тому, как это делается при любой другой операции, но здесь, разумеется, требования должны быть значительно более точными из-за уникальной особенности, состоящей в том, что в пересадке участвует здоровый человек. Несомненно, учесть все эти обстоятельства необычайно трудно, но это неизбежно". 203/

127. Касаясь пересадки почек, Герман Блумгарт пишет:

"Успех операции по пересадке почек тем больше, чем ближе кровное родство донора, начиная от однояйцевых близнецов, родных братьев или сестер, родителей, родственников и других лиц, не состоящих в кровном родстве ... Врач, действующий единолично или в составе консилиума, должен объяснить научные и этические проблемы понятными словами, ибо он выступает в качестве советника заинтересованных сторон". 204/

128. Профессор Дауб подчеркивает трудность положения доктора, который взвешивает риск, ущерб и пользу для обеих сторон: донора и реципиента. Он пишет:

"При переливании крови риск для донора незначителен и ущерб легко возмещается ... Но пересадка почки или глаза от живого донора совсем другое дело. ...

"Сравнивать взаимные позиции донора и реципиента нелегко. Следует смириться с существованием границ, которые нельзя пересекать. Никакое состояние пациента не может оправдать смертельный исход для донора. Это исключает пересадку таких непарных жизненно важных органов, как печень. Однако, стоит нам принять эти очевидные решения, как перед нами предстают серьезные дилеммы: как следует оценивать один, два или пять лет жизни реципиента по сравнению с тем, что значит удаление почки для донора? Следует ли учитывать возраст или состояние индивидуума? Я думаю, что закон должен быть великодушным, предоставляя решение чести и здравому смыслу врача". 205/

203/ D. Daube, "Transplantation: acceptability of procedures and the required legal sanctions", in: G. Wolstenholme and M. O'Connor, eds., Law and Ethics of Transplantation, a Ciba Foundation Blueprint (London, J. and A. Churchill Ltd., pp. 194-195.

204/ Герман Л. Блумгарт, там же, стр. 265.

205/ Д. Дауб, там же, стр. 195-196.

129. Врач рассматривает риск, которому подвергается донор, с точки зрения блага реципиента, что оправдывает более или менее экспериментальный характер операции по пересадке органов. Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт пишут:

"Рекомендации деонтологической комиссии Медицинской академии относительно экспериментов на человеке, не имеющих целью его излечение, могут соответствовать принципу, согласно которому ущерб, наносимый целостности организма индивидуума, оправдывается в данном случае благом больного, а не прогрессом науки".206/

Профессор Дауб отмечает:

"Нам следует совершенно исключить такой эксперимент, когда исход просто неясен; это бы слишком напомнило чисто научный эксперимент, что ... принадлежит другой области. Там, где есть надежда на облегчение ... это не простой эксперимент, и необходимо тщательно изучить все за и против. В этих расчетах закон также должен быть гибким, полагаясь на совесть хирурга".207/

130. Необходимость равновесия между риском для донора и вероятностью успеха пересадки органа подчеркивается в высказываниях различных правительств по этому вопросу.

131. Правительство Аргентины заявляет:

"Прежде, чем принимать решение о пересадке органа от одного живого человека другому, необходимо взвесить с одной стороны, постоянную или временную пользу для реципиента, и с другой стороны, вред для донора, как ненужное увечье в том случае, когда пересадку органа от живого донора можно заменить пересадкой от трупа, или отдаленные последствия, как риск повреждения оставшегося парного органа, раскаяние по поводу данного донором согласия на операцию или психологическое действие увечья в результате удаления органа".208/

132. Правительство Австралии предоставило замечания сэра Макфарлана Барнета, профессора Мельбурнского университета, в которых указывается, что "всегда существует небольшой, но ни в коем случае не незначительный

206/ Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт, там же, стр. 18.

207/ Д. Дауб, там же, стр. 196.

208/ Информация, предоставленная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

риск для живого донора, и при отсутствии особенно тесной привязанности между донором и пациентом использование добровольных доноров должно быть запрещено". 209/

133. В информации, присланной правительством Австрии, указывается:

"Очевидно, что даже в тех конкретных случаях, когда имеется добровольное согласие донора, вопрос должен решаться с учетом принципа родственных отношений. Ибо давление на донора настолько велико, что даже при наличии добровольного согласия последнего, операция оправдана только в том случае, если риск является ограниченным, с одной стороны, и имеются хорошие надежды на то, что пересадка органа, по всей вероятности, действительно поможет реципиенту, с другой стороны. Разумеется, немедленно возникает вопрос относительно границ. Но ясно, что эту проблему нельзя решить обобщенно, поскольку в каждом отдельном случае положение будет различным". 210/

134. В 1-ом параграфе 47-го раздела указа № 42 от 13 июня 1966 г. Чехословакией дается уточнение, что взятие ткани или органов может производиться только тогда, когда по мнению комиссии экспертов, операция имеет надежду на успех и благо реципиента перевешивает, с социальной точки зрения, ущерб, наносимый донору". 211/

135. В рассуждениях по этому вопросу, присланных правительством Японии, подчеркивается, что "пересадки должны быть запрещены, если имеется риск возможной смерти доноров, даже при наличии согласия доноров на такие пересадки". 212/

136. В постановлении № 6 от 9 февраля 1973 г., принятом в Норвегии по вопросу пересадки органов, больничных вскрытий и передачи трупов, подчеркивается, что операция пересадки "может производиться лишь в том случае, когда отсутствует всякий непосредственный риск для жизни или здоровья донора". 213/

209/ Информация, предоставленная правительством Австралии 8 июля 1974 года.

210/ Информация, предоставленная правительством Австрии 21 ноября 1974 года.

211/ "Применение человеческих тканей и органов в лечебных целях". Обзор существующего законодательства. Женева, ВОЗ, 1969 г., стр. 18

212/ Информация, переданная правительством Японии 22 марта 1974 г.

213/ Информация, переданная правительством Норвегии 15 апреля 1974 года.

137. Заявление правительства Румынии гласит:

"Пересадка органов должна производиться исключительно в специальных медицинско-хирургических центрах, дающих возможность производить обследование и лечение на высочайшем уровне техники и эффективности, и после консультаций комиссии, компетентность которой неоспорима и которая способна составить беспристрастное решение, учитывающее опасности для донора и вероятность успеха пересадки... Пересадка должна представлять собой последнюю возможность спасти реципиента, после того, как испробованы все другие возможные способы лечения. Исключительно научный интерес не может давать право на пересадку. Нельзя учитывать согласие донора, если оно не сопровождается должным образом оформленным разрешением компетентных медицинских органов, в котором должно указываться, что операция по пересадке не осложняется риском вызвать смерть или функциональное заболевание донора даже в случае, когда речь идет о ближайших родственниках, а тем более в случае, когда согласие было дано за вознаграждение". 214/

138. Правительство Швеции считает, что:

"Всегда должно устанавливаться равновесие между тем благом, которое операция по пересадке дает реципиенту, и риском для живого донора. Согласно проекту закона об операциях по пересадке, который в настоящее время рассматривается Министерством здравоохранения и социального обеспечения, производство хирургических операций на живом доноре запрещается, если существует риск, что такая операция может принести серьезный вред донору". 215/

139. Правительство Союза Советских Социалистических Республик заявило:

"Риск, которому подвергаются живые доноры в операциях по пересадке (почки, кожи), должен быть минимальным, а пересаживаемый орган не должен прекратить функционировать; следовательно, донор должен

214/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

215/ Информация, переданная правительством Швеции 12 марта 1974 года.

подвергнуться тщательному предварительному осмотру. При наличии противопоказаний хирург не имеет права производить пересадку органов даже с согласия донора".^{216/}

2. Вопрос свободного согласия в применении к живым донорам при операциях по пересадке

140. Ввиду серьезности риска, которому подвергаются живые доноры при операциях по пересадке, подчеркивается, что их сознательное, разумное и подлинно добровольное согласие на пересадку органов имеет первостепенное значение. Профессор Давид Луизелл заявляет:

"Обычно хирург, стоящий перед серьезной угрозой для жизни или здоровья своего пациента, в условиях, когда мнение пациента нельзя узнать, может предпринять необходимые шаги без ясно выраженного согласия, если нет серьезных причин считать, что пациент не дал бы его. Но трудно себе представить, что аргумент неотложности может быть использован в области операций по пересадке органов, по крайней мере, в отношении донора. Поскольку в подготовке к пересадке неизбежно участвует фактор времени и ущерб для здоровья донора, врачи, представляющие защиту, не смогут утверждать, что здоровью донора грозила непосредственная опасность, которая должна была быть предотвращена даже при отсутствии его ясно выраженного согласия. Для таких серьезных операций как пересадка органов, врачи должны иметь специальное согласие".^{217/}

141. Вопрос согласия важен, потому что при пересадке почки донор подвергается серьезной операции и помимо того лишается фактора безопасности и дополнительной жизнеспособности, который ему дает вторая почка при несчастном случае с оставшейся почкой.

142. Обращается внимание на тот факт, что перед тем, как дать согласие, потенциальный донор должен получить полную информацию от врача относительно природы операции и ее последствий, а также степени имеющегося

^{216/} Информация, переданная правительством Союза Советских Социалистических Республик 25 июля 1974 года.

^{217/} David W. Louisell, "Transplantation: existing legal constraints", in: G. Wolstenholme and M. O'Connor, eds., Law and Ethics of Transplantation, a Ciba Foundation Blueprint; (London, J. and A. Churchill Ltd., 1968), p. 83.

риска. На конференции Круглого стола Совета Международных медицинских организаций, посвященной вопросам биомедицинской науки и дилеммы экспериментов на человеке, профессор Дж. Гамбургер заявил, что донор должен "иметь полное и четкое представление о тех опасностях, которым он подвергается".^{218-219/} Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж. Р. Фагнарт пишут:

"Врач должен заботиться о том, чтобы была сообщена необходимая информация: ...

... информация, которую получает донор, должна соответствовать его психологии и умственным способностям; присутствие свидетеля гарантирует доктору, что информация понята. Чтобы сделать информацию более наглядной, можно, например, сообщить донору об отношении страховых компаний к человеку, подвергшемуся удалению почки".^{220/}

143. Выступая на съезде Бельгийской больничной ассоциации, господин Босман; Генеральный секретарь комиссии социального обеспечения Лиежа, сказал:

"Прежде всего важно, чтобы донор соглашался на удаление органа, полностью сознавая риск и возможный ущерб, на который он идет... кроме того, необходимо, чтобы донор был поставлен в известность, что он идет на удаление органа в пользу третьего лица. Врач, который выполняет без ведома донора, например, под предлогом удаление органа с целью анализа, будет виновен в злоупотреблении доверием".^{221/}

144. Английская Медицинская ассоциация предписывает, что

"необходимо, чтобы согласие донора было получено после всестороннего объяснения относительно операции и ее возможных последствий для донора. Там где это удобно, следует советовать донору обсудить операцию с его или ее родственниками, религиозными наставниками и другими заинтересованными лицами, которые в свою очередь, должны иметь все возможности встретиться с медицинскими экспертами, если они этого захотят".^{222/}

^{218-219/} "Круглый стол". Биомедицинская наука..., стр. 44.

^{220/} Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж. Р. Фагнарт, там же, стр. 19

^{221/} M. Bosman, "Implications juridiques et morales des prélèvements et greffes d'organes", paper prepared for the Congress of the Belgian Association of Hospitals, Liège, 5 May 1968, p. 6.

^{222/} British Medical Journal, 18 April 1970, Supplement, Appendix 111, p. 2.

145. В заявлении специальной комиссии по пересадке органов Нидерландского общества Красного Креста подчеркивается, что донор должен получить достаточную информацию: "Информация, которую получает потенциальный живой донор, должна касаться главным образом той опасности, которой он подвергает свое здоровье, а также социальных последствий этой операции. Поскольку эти соображения иногда могут быть существенными, их следует взвесить до принятия решения".^{223/}

146. Профессор Вудраф отметил, что врачи, информирующие донора, должны также объяснить ему, что существует "очень существенная вероятность того, что его жертва может оказаться почти бесполезной для пациента". Необходимое обдуманное согласие "возможно лишь после всесторонней и откровенной дискуссии".^{224/}

147. На IV Безансонском коллоквиуме по правам человека во Франции Поль-Жюльен Долл сказал:

"Обдуманное согласие предполагает всестороннюю информацию. Донор должен иметь совершенно точное представление о существующем риске, а также об экономических и социальных последствиях его поступка, равно как и о возможных осложнениях. От врача не требуется, чтобы он пользовался учеными терминами медицинского жаргона; нужно, чтобы информация была понятной и честной".^{225/}

148. Если пациент не может дать согласие - особенно, если он находится в бессознательном состоянии - то ни родственник, ни врач не имеют права соглашаться, пока этот человек жив, даже если жизнь в нем поддерживается извне методами реанимации.^{226/}

149-150. Комиссия Министерства юстиции Дании обращает внимание на психологическое давление, которое может оказываться на потенциального донора с целью получения его согласия на пересадку:

"Вопрос абсолютной добросовестности имеет особенно важное значение. Лечение методом пересадки органов уже настолько хорошо известно,

^{223/} Summary of the Report of the Ad Hoc Committee on Organstransplantation (The Hague, Netherlans Red Cross Society, May 1971) p. 7.

^{224/} М.Ф. Вудраф, там же, стр. 1458.

^{225/} Поль-Жюльен Долл, там же, стр. 6.

^{226/} Cf. W. Spann and E. Liebhardt, "Rechtliche Probleme bei der Organtransplantation" (Legal problems in organ transplantation), Munchener Medizinische Wochenschrift, Vol. 109, No. 12 (24 March 1967), pp. 672-675.

что может возникнуть такая ситуация, когда члены семьи пациента, нуждающегося в пересадке, считают, что использование живого донора является единственным приемлемым методом. Эта неестественная ситуация может еще более обостриться с созданием лучших методов определения подходящего типа, когда может случиться так, что лишь один из ближайших членов семьи окажется подходящим донором. Уже сегодня врачи стараются принимать меры против таких ситуаций с помощью психиатрической консультации. Но несмотря на все предосторожности все же возможны случаи, когда использование живого донора раньше или позже приведет к серьезным последствиям как для донора, так и для реципиента...227/

"... такая ситуация, особенно если проблема возникла в небольшом семейном кругу, когда анализ ткани выделяет лишь несколько, или, возможно, лишь одного члена семьи, как подходящего для роли донора, практически может предполагать такое давление на него или на них, что сомнительно, можно ли даже говорить о действительной добровольности решения."228/

151. Профессор Вудраф подчеркивает, что "не должны иметь место ни угрозы, ни взятки, предлагаемые открыто или намеком, и, по возможности, пациент должен держаться в неведении о том, что обсуждается вопрос о пересадке ... пока не будет принято решение".229/

152. На конференции Круглого стола Совета Международных Медицинских Организаций, посвященной биомедицинской науке и дилемме экспериментов на человеке профессор Хамбургер отметил, что "предложение должно быть делом свободной воли добровольца; однако врач и организация, занимающаяся этой проблемой, должны проверить, не было ли оказано давление со стороны семьи или из других источников, например, в форме обещания платы".230/ Если такое давление было оказано, то предложение донора следует отвергнуть. Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт предлагают: "Если у врача возникает сомнение относительно добровольности донора, всегда можно выдвинуть медицински обоснованный довод (гистологическая несовместимость, например,) чтобы отказать донору. Таким образом это избавит его от упреков со стороны окружающих".231/

227/ Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 11-13.

228/ Там же, стр. 19.

229/ М.Ф.А. Вудраф, там же, стр. 1458.

230/ "Круглый стол", Биомедицинская наука ..., стр. 44.

231/ Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт, там же, стр. 19.

153. Практика показывает что чаще всего семья оказывает давление на донора. "Идеальным источником органа при отсутствии однояйцевого близнеца, - сказал профессор Т.Е. Старця на Лондонской конференции, посвященной вопросам пересадки органов, - являются и по-видимому будут оставаться доноры-члены семьи: родители, дети и родные братья или сестры. Этот факт сам по себе создает возможность давления внутри семьи, которое в самом непривлекательном случае может быть направлено на конкретного члена семьи из-за его предполагаемой ненужности".^{232/} Доктор С.А. Ришар подчеркнул: "Семейный шантаж может иметь место и без какого-либо словесного выражения, и следует признать, что это очень четко ощущается между однояйцевыми близнецами, когда было бы удивительно, если бы один отказался спасти другого".^{233/}

154. Доктор Генри Миллер говорит, что ряд врачей Англии считают, что "требование пожертвовать почкой одного из членов семьи заведомо оказывает такое моральное давление на родственников, что это абсолютно не этично".^{234/} С другой стороны, как отмечает профессор Джон Брюс,

"... многие родители и родственники с радостью готовы пожертвовать почкой для того, кто им дорог. Поэтому, перед хирургом стоит большая моральная обязанность не убеждать их, и тем более не настаивать в таких обстоятельствах, когда отказ влечет за собой потерю уважения и жизнь, полную угрызений совести, а это моральный шантаж".^{235/}

155. Подчеркивается также, что обдуманное и добровольное решение живого донора отдать один из своих органов должно основываться на разумном подходе. Профессор Хамбургер указал на необходимость "составить суждение, является ли желание донора стабильным, хорошо взвешенным и разумно мотивированным. Донор должен быть психически здоров и эмоционально устойчив".^{236/} Кроме того, он подчеркнул, что донор "должен быть

^{232/} G. Wolstenholme and M. O'Connor, eds., Law and Ethics of Transplantation, a Ciba Foundation Blueprint (London, J. and A. Churchill Ltd., 1968), p. 132.

^{233/} "Бюллетень" стр. 32.

^{234/} Генри Миллер, "Этика биомедицинского исследования и новейшие исследования и новейшие биомедицинские методы", 7-ое заседание Круглого стола Совета Международных медицинских организаций. Новейший прогресс в биологии и медицине; его социальное и этическое значение. (Женева, ВОЗ, 1972 г.) стр. 64.

^{235/} "Бюллетень", стр. 16.

^{236/} Сборник под редакцией Г. Волстенхолма и М.О'Коннора, там же, стр. 14.

достаточно мотивирован, чтобы желать отдать почку; именно поэтому в Париже и многих других центрах мы сделали правилом считать добровольного донора приемлемым, если он является родственником спасаемого пациента, и неприемлемым, если это не так".^{237/}

156. Профессор Вудраф обращает внимание на тот факт, что многие предложения "можно сразу же отклонить, т.к. будущий донор просто делает драматический жест, не имея никакого действительного понятия о том, что с этим связано".^{238/} Как отмечают доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт, указывая, что "согласие донора должно приниматься в такой форме, которая гарантирует его психологическую зрелость, отсутствие психического расстройства и давлений извне".^{239/} Это объясняет необходимость психологического заключения. Добровольное предложение донора "должно быть предметом тщательного психиатрического исследования", - подчеркивает С. Ришар. Он продолжает:

"Практически принимаются лишь психически устойчивые добровольные доноры, решение которых не является плодом преходящего чувства. Однако, эмоциональный фактор обязательно остается, становясь тем более интенсивным, чем больше близость между донором и реципиентом, в особенности, когда речь идет о родителях и детях".^{240/}

157. Профессор Хамбургер настаивает на обязательности психологического обследования:

"... нужна психическая уравновешенность и поэтому следует производить психологическое, если не психиатрическое обследование, чтобы убедиться, что добровольный донор полностью владеет своими умственными способностями. Нам кажется, что психологическое обследование должно быть обязательным, как для того, чтобы убедиться, что решение является добровольным, так и для того, чтобы можно было сказать донору, что если он хочет снять свое предложение отдать почку, никто никогда не узнает, что он сам принял это решение, и врачи берут на себя полную ответственность перед семьей. Кроме того, обследование даст возможность убедиться, является ли психическое равновесие донора совершенно удовлетворительным".^{241/}

^{237/} "Круглый стол", Биомедицинская наука ..., стр. 44.

^{238/} М.С.А. Вудраф, там же, стр. 1458.

^{239/} Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт, там же, стр. 19.

^{240/} "Бюллетень", стр. 32.

^{241/} "Круглый стол", Биомедицинская наука ..., стр. 44.

158. Описывая практику, имеющую место во Франции, М. Босман заявил:
"Помимо того, что донор должен находиться в близких родственных отношениях с реципиентом и выразить настойчивое желание сделаться донором, проводится психологическая экспертиза с целью убедиться в способности донора принять такое решение совершенно свободно, в непоколебимости его воли и обоснованности его объективных мотивов". 242/
159. Подчеркивая необходимость психологической экспертизы, в речи на Безансонском коллоквиуме по правам человека во Франции Поль-Жюльен Долл заявил:
"Свобода такого деяния предполагает самообладание, свойственное зрелому индивидууму. Она исключает истерические мотивировки или поспешные решения, принятые под действием эмоций. Психологическая проверка является желательной. По вопросу о психологии донора лучше всего, если я расскажу о той роли, которую профессор Хамбургер отводит психиатру: "отличать" добровольцев, решение которых является плодом зрелого размышления, стабильно и основано на равновесии нормальной психики, от психически неустойчивых субъектов, решение которых имеет, возможно, патологический характер, или оказавшихся под преувеличенным влиянием неуправляемого эмоционального движения. Последних нужно отстранять". 243/
160. Говоря об психологической экспертизе, Джеральд Лич пишет:
"Даже эта предосторожность может оставить очень неприятные дилеммы, ибо помимо психологической, семья должна быть подвергнута также и медицинской экспертизе с целью определения донора с наиболее совместимой тканью. Что, если донор, наиболее подходящий, с медицинской точки зрения, окажется не наиболее подходящим психологически и наоборот? Некоторые специалисты по пересадке органов утверждают, что психологические соображения для них всегда стоят на первом месте, даже, если это значит, что пациенту придется дольше ждать. Но искушение пренебречь результатами психологической экспертизы, если они вступают в противоречие с медицинскими соображениями, должно быть огромным. Насколько мне известно, еще никто не подсчитал, но можно утверждать, не боясь ошибиться, что подлинно добровольный, психологически надежный, подходящий со всех точек зрения живой донор должен быть весьма редким явлением, гораздо более редким, чем подходящий мертвый донор". 244/

242/ М. Босман, "Круглый стол", Биомедицинская наука..., стр. 7.

243/ Поль-Жюльен Долл, там же, стр. 6-7.

244/ Джеральд Лич, там же, стр. 307.

Некоторые ученые настаивают, что в отношении донора должны быть приняты дополнительные меры предосторожности, как, например, согласие в письменной форме и наличие свидетелей. Так, М. Босман отметил:

"Однако желательно, несмотря на отсутствие выработанного текста, чтобы врач установил определенную форму согласия, даваемого заинтересованным лицом (или же, если это невозможно, его юридическим представителем). Прежде, чем приступить к удалению органа, необходимо, чтобы было составлено и подписано разрешение." 245/

Давид В. Луизелл подчеркнул, что "заверенные свидетелями подписи донора на тщательно подготовленных формах согласия являются разумной мерой предосторожности" 246/ Поль-Жюльен Долл также высказался в пользу этих мер предосторожности:

"Если врач хочет избежать ответственности, он хорошо сделает, если получит согласие пациента в письменной форме, или, по крайней мере, в форме заявления в присутствии свидетелей. Донору может быть позволено изменить свое решение." 247/

161. Большинство высказывающихся по этому вопросу признают, что согласие, исходящее от недееспособных или лишенных свободы лиц - как, например, дети, психически больные и заключенные - в принципе недействительно.

162. Говоря о детях, профессор Дж. Энгльберт Данфи Лоу отметил:

"Что касается детей, то здесь мы находимся на несколько шапкой почве. Хотя органы берутся и у детей, еще не достигших совершеннолетия, и хотя выдаются судебные постановления, разрешающие такое действие, в умах многих имеются серьезные сомнения относительно приемлемости такой практики" 247a/

Профессор Вудраф отклонял несовершеннолетних доноров на том основании, что "это еще молодые люди с неопределившимся чувством ответственности" 248/ Профессор Давид Дауб также выразился вполне определенно по этому вопросу: "Дети ни в коем случае не

245/ М. Босман, там же, стр. 6

246/ Давид В. Луизелл, там же, стр. 84

247/ Поль-Жюльен Долл, там же, стр. 6

247a/ "Бюллетень", стр. 44.

248/ М.Ф.А. Вудраф, там же, стр. 1458

должны быть донорами и не должно быть попыток обмануть их с помощью, например, утверждения, что ребенок перенесет травму, если ему не позволят отдать своему брату или сестре-близнецу почку или какой-нибудь другой орган".249/

163. На III-ем Всемирном Конгрессе, посвященном вопросам медицинского права, Давид А. Френкель сказал:

"Можно ли на самом деле верить, что недееспособное лицо может дать полное или обдуманное согласие? Можно ли верить, что ребенок 7 или даже 12 лет способен понять опасности и последствия потери почки? Несомненно, согласие принадлежит не данному лицу, а его представителям. Принимая их согласие, мы даем им настоящее право распоряжаться телом недееспособного лица, что мало чем отличается от рабства. Одна из логических предпосылок свободного согласия состоит в том, что согласившийся должен иметь право в любое время отказаться. Как можно применить этот принцип в случае с недееспособным лицом? Опекуны, давшие за него согласие, иногда являются теми лицами, которые заинтересованы в пересадке..."250/

164-165. Этическая группа специальной комиссии по вопросам пересадки органов при Нидерландском обществе Красного Креста отметила, что "в принципе, несовершеннолетние не могут быть живыми донорами".251-252/

166. В докладе Комиссии Министерства юстиции Дании по вопросу законодательства о пересадке органов говорится:

"Комиссия считает, что согласие лица на такую серьезную операцию, производимую на благо других, может иметь силу, если данное лицо достигло не менее 21 года. Однако, при определенных обстоятельствах могут иметь место настолько веские причины позволить лицу не достигшему 21 года, стать донором, что комиссия сочла за лучшее оставить возможность отступать от этого возрастного предела".253/

167. Выступая на IV Безансонском коллоквиуме по правам человека во Франции по вопросу о согласии несовершеннолетних, Поль-Жюльен Долл сказал:

249/ Д. Дауб, там же, стр. 198.

250/ David A. Frenkel, "Consent of and for incompetents (i.e. minors and the mentally ill) to medical treatment", paper prepared for the III World Congress on Medical Law, Ghent, Belgium, 19-23 August 1973, p.5

251-252/ Summary of the report of the Ad Hoc Committee on Organtransplantation (the Hague, Netherlands Red Cross Society, May 1971), pp.19-20

253/ Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 19-20.

"Согласие несовершеннолетних, противоречащее гражданскому кодексу, за исключением случаев предоставления юридической дееспособности, ставит перед нами специфические проблемы. Их согласие на удаление органа с целью трансплантации не имеет юридической силы. На такое согласие, по крайней мере, теоретически, имеет право лишь юридический представитель донора. Однако, по определению, подобное согласие не будет оправданным, поскольку оно предполагает невыгоду для заинтересованного лица, за исключением такого исключительного случая, когда это совершается с целью спасти брата или сестру, особенно близнецов. Юридический представитель в принципе не имеет права согласиться, например, на удаление почки у несовершеннолетнего.

"На этом скользком месте возникает множество дискуссий ... одно кажется несомненным: нельзя приравнивать 18-летнего молодого человека к новорожденному и запрещать ему выступать от своего имени, когда речь идет о таком серьезном деле, как изувечение. В тех случаях, когда интеллектуальное развитие несовершеннолетнего является достаточным, следует отдавать предпочтение его воле, а не воле его юридического представителя".^{254/}

Касаясь вопроса о лицах, находящихся в бессознательном состоянии, и слабоумных, он подчеркнул: "В подобном случае удаление органа недопустимо, и согласие юридического представителя следует считать недействительным".^{255/}

168. Комиссия Министерства юстиции Дании по вопросам законодательства о пересадке органов отмечает:

"По-видимому, в настоящее время достигнуто общее согласие о том, что трансплантационный материал не следует получать от лиц, которые в том или ином смысле лишены личной свободы, даже при наличии формального добровольного согласия ... по-видимому, единственным исключением, которое можно себе представить, является случай, когда рассматриваемое лицо находится в очень близких родственных отношениях с пациентом".^{256/}

^{254/} Поль-Жюльен Долл, там же, стр. 7-8.

^{255/} Там же, стр. 8.

^{256/} Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 19.

169. Профессор Вудраф критически отнесся к идее принятия предложения удалить почку от членов таких лишенных свободы групп, как лица, находящиеся в тюремном заключении. Он считает, что единственное исключение может быть сделано для того, "кто совершил серьезное преступление и после трезвого размышления хочет пойти на такую жертву, как своего рода искупительный акт".257/

170. Профессор Давид Дауб сказал:

"Лицам, находящимся под действием каких бы то ни было ограничений, нельзя позволять давать согласие. Это исключает лиц, находящихся в тюрьме ... Вероятно можно выдвинуть возражение, что давление в семье или со стороны знакомых, может существенно превысить любое давление, которое предположительно будет оказано на заключенных со стороны благопристойной тюремной администрации. По-видимому, это верно, но как это ни парадоксально, в этом случае, как и во многих других, мы должны заботиться о преступниках значительно больше, чем об обычных гражданах, ведущих свободную жизнь ... Давление семьи или друзей является естественным бременем и достоинством общественной жизни, которых заключенные лишены. Когда-нибудь мы может быть пересмотрим всю нашу систему обращения с преступниками, но тогда мы должны это делать открыто; было бы фатальной ошибкой понизить стандарты косвенным образом, какими бы похвальными ни были причины. В настоящий момент я должен признать, что у нас нет выбора".258/

171. На IV-ом Безансонском коллоквиуме по правам человека во Франции Поль-Жюльен Долл сказал:

"В принципе можно себе представить, что заключенные, без сомнения воодушевленные желанием получить компенсацию в форме уменьшения срока наказания, соглашаются на удаление органа... Приговоренный к смертной казни перед совершением казни имеет право требовать уважения к его физической неприкосновенности".

"Что касается приговоренного к пожизненному тюремному заключению, то всякое согласие по-видимому исключается, ибо в соответствии со статьей 36 уголовного кодекса эта категория лиц лишается всех гражданских прав".259/

257/ М.Ф.А. Вудраф, там же, стр. 1458.

258/ Д. Дауб, там же, стр. 197-198.

259/ Поль-Жюльен Долл, там же, стр. 7.

172. Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт обобщают критерий свободного согласия живых доноров следующим образом:

"На врача лежит обязанность обеспечить, чтобы в согласии донора присутствовали все критерии совести и свободы. С этой целью необходимо, в частности:

- a) чтобы согласие было выдано в письменном виде и в присутствии свидетеля;
- b) отказывать в подобных просьбах, если они исходят от лиц, физическое, психическое или юридическое состояние которых не позволяет им в полной мере осуществлять право выбора;
- c) не разрешать покупку органов;
- d) донор должен быть подробно информирован о непосредственном риске и будущих опасностях удаления органа в самом широком смысле; информация должна касаться медицинских, социальных и психологических последствий;
- e) должны быть использованы все гарантии, психологические и психические, способные выявить замалчиваемые и чуждые альтруизма мотивации;
- f) подготовить операцию по удалению органа таким образом, который бы дал возможность будущему донору свободно говорить о сомнительных мотивировках, не ставя его в психологически трудное положение, если он откажется выполнять свое намерение".^{260/}

173. В информации, полученной от различных правительств, подчеркивается необходимость получения свободного согласия донора на передачу его органа для пересадки.

174. Правительство Аргентины заявляет:

"Согласие на отдачу органа должно быть вполне сознательным и обдуманым, с предварительным подробным объяснением донору всего риска и всех ограничений, с которыми связана вероятная польза для реципиента...

В дополнение к сказанному в предыдущем параграфе, свобода решения предусматривает понимание и размышление, чтобы избежать эмоционального состояния впоследствии, вытекающего из непонимания, хотя бы частичного, последствий операции, как для донора, так и для реципиента, или из недостатка времени у донора для спокойного размышления". 261/

175. Правительство Австрии отмечает:

"Что касается операции по пересадке не жизненно важных органов ... следует придерживаться критериев свободного согласия и степени родственных отношений. Ясно, что при удалении человеческого органа нарушается телесная целостность донора. Кроме того, с точки зрения прав человека, такое нарушение может быть приемлемо только при условии свободного согласия. Посягательство на права человека настолько значительно, что принуждение ни в коем случае не может быть оправдано и, следовательно, не может стоять вопрос о том, кто является более заинтересованной стороной. Далее, невозможно из аспекта социальной ответственности в соответствии с правами человека вывести какой-либо аргумент, который бы заменял свободное согласие донора..."

"Новый Австрийский уголовный кодекс, который вступил в силу 1 января 1975 г., предусматривает, что телесный ущерб не является незаконным, если лицо, понесшее ущерб, соглашается на него, и такой ущерб не противоречит морали.

"Однако принцип свободного согласия, который подчеркивается вышесказанным, не может применяться во всех обстоятельствах. Это верно для случая, когда предполагаемый донор потерял сознание (например, после несчастного случая). В таких случаях свободное согласие донора следует заменить заявлением о согласии других лиц". 262/

176. Итальянский закон от 26 июня 1967 г. предписывает:

"Требуется обдуманное согласие донора; последний должен быть совершеннолетним, психически нормальным, он должен иметь представление об ограниченных лечебных возможностях трансплантации и

261/ Информация, представленная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

262/ Информация, переданная правительством Австрии 21 ноября 1974 года.

представлять себе те последствия, которые донорство будет иметь для него лично. Судья подтверждает, были ли соблюдены эти условия и является ли согласие донора свободным и непринужденным, после чего заявление донора регистрируется в письменном виде. Составленный документ может быть аннулирован в любое время до наступления хирургической операции".^{263/}

177. В замечаниях японского правительства по этому вопросу отмечается, что "в случаях пересадок от живых доноров согласие донора является обязательным. Следует ... выработать процедуры дачи согласия".^{264/}

178. В Норвегии в постановлении от 9 февраля 1973 г., упоминавшемся выше в параграфе 136, предусматривается:

"Органы или другой биологический материал могут быть удалены у лица, давшего на это письменное согласие, с целью лечения болезни или физического повреждения у другого лица... Перед дачей согласия донор должен быть проинформирован относительно типа предлагаемой операции и связанного с ней риска. Врач обязан убедиться в том, что указанное лицо поняло основное содержание и значение этой информации... обязательное условие состоит в том, что согласие донора на операцию дается добровольно. Потенциальный донор не должен подвергаться давлению или убеждению, откуда бы они не исходили... В нескольких случаях, имевших место в других странах, поднимался вопрос, могут ли лица, находящиеся в закрытых заведениях - например, отбывающих тюремное заключение, - давать согласие на операции по удалению трансплантатного материала. В таких случаях не может быть полной гарантии того, что согласие является совершенно добровольным. Заключение может поступать таким образом, надеясь за свое согласие получить определенное преимущество... Поэтому ... лица, находящиеся в заведениях такого рода, не должны использоваться в качестве доноров, за исключением тех случаев, когда донор является близким родственником реципиента".^{265/}

^{263/} "Использование человеческих тканей и органов для лечебных целей, обзор существующих законодательств", Женева, ВОЗ, 1969 г., стр. 17-18.

^{264/} Информация, предоставленная правительством Японии 22 марта 1974 года.

^{265/} Информация, предоставленная правительством Норвегии 15 апреля 1974 года.

179. Правительство Республики Вьетнам утверждает:

"Свободное согласие живого донора является важнейшим условием. Необходимо, чтобы живому донору совершенно ясно объяснили опасности, которым он подвергается в результате операции". 266/

180. Правительство Румынии заявляет:

"Согласие донора должно даваться при условии полного осознания тех опасностей, которым он подвергает свое здоровье в результате своего поступка (т.е. после всесторонней медицинской экспертизы). Чтобы дать такое согласие, "донор должен быть юридически признан совершенно нормальным психически". 267/

181. В соответствии с проектом закона об операциях по пересадке органов, который приводится правительством Швеции, "согласие живого донора должно даваться добровольно до хирургической операции. Ответственность суждения о том, является ли согласие добровольным, должен нести хирург, который дает разрешение на операцию". 268/

182. Правительство Союза Советских Социалистических Республик указывает, что:

"Живой дееспособный донор может давать согласие на пересадку почки или тканей близким родственникам (потомками или предкам по прямой линии, братьям и сестрам, супруге или супругу). Согласие донора на пересадку органа должно даваться добровольно". 269/

Правительство Украинской ССР придерживается того же мнения. 270/

183. Уже было сказано, что:

"... принцип (обдуманного согласия) является существенным для принятия решения об обстоятельствах, при которых здоровый

266/ Информация, переданная правительством Республики Вьетнам 21 марта 1974 года.

267/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

268/ Информация, переданная правительством Швеции 12 марта 1974 г.

269/ Информация, переданная правительством СССР 25 июля 1974 года.

270/ Информация, переданная правительством УССР 23 октября 1974 года.

однояйцовый близнец или другое иммунологически очень сходное лицо могут пожертвовать парным органом — почкой, чтобы спасти жизнь другого. Попытка установить общее правило в такой щекотливой и крайне интимной ситуации является неблагодарным занятием, и единственное решение подобной проблемы может быть найдено в коллективном суждении непосредственно заинтересованных сторон — донора и реципиента — и тех нескольких врачей, которые, как правило, должны участвовать в объяснении последствий такого решения".^{271/}

3. Вопрос согласия в применении к случаям пересадок органов мертвых.
Заблаговременное согласие доноров и согласие его родственников.

184. При операциях по пересадке органов мертвые доноры обладают определенными преимуществами перед живыми. Комиссия Министерства юстиции Дании по вопросам законодательства о пересадке органов обращает внимание на следующие из них:

"Вследствие сомнений, связанных с использованием живых доноров — даже в ситуациях, когда фактор риска для донора является умеренным — издавна практиковалось получение тканей или органов из мертвых тел...

Кроме того, невозможно, чтобы все больные имели в своем распоряжении подходящего живого донора.

Например, роговицу или целое легкое можно удалить у живого донора, сделав его, в результате, калеской, вследствие чего пересадка роговиц производится почти исключительно от мертвых, а во всех недавних попытках произвести пересадку легкого трансплантаты брались от мертвых тел.

Пересадка таких важнейших органов, как сердечный клапан, целое сердце, печень, кишечник и поджелудочная железа могут, разумеется, производиться только с использованием мертвых доноров.

Поэтому дальнейшее развитие лечения с помощью операции по пересадке должно неизбежно предполагать возможность взятия ткани и органов из мертвых тел с целью пересадки".^{272/}

^{271/} E/CN.4/1173, стр. 23.

^{272/} Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 12.

185. Доктор Лильхи, профессор хирургии сердца в Корнельском университете, Соединенные Штаты Америки, утверждал, что органы, удаленные у одного трупа, теоретически могут спасти жизнь 17 человек.^{273/}

186. Одна из важнейших проблем пересадки органов от мертвых связана с отношением умершего и его семьи к выполнению этой операции, т.е. это вопрос согласия. Кто имеет и должен иметь власть распоряжаться трупом? Следует ли выполнять желание покойного? Что, если он не выразил никаких желаний? Является ли человеческое тело общественной собственностью, которую следует использовать на благо общества, или же покойные или члены семьи имеют по отношению к нему некие права и обязательства?

187. Большинство высказывающихся по этому вопросу согласны, что человек имеет право распорядиться как следует поступить с телом после его смерти. Н. Босман заявил:

"Подобно тому, как человек распоряжается своим телом, он может таким же образом и при соблюдении тех же условий решать, каким образом он хочет распорядиться своим трупом. Так, он может решить, что его останки должны быть преданы земле, подвергнуты кремации, или переданы в институт анатомии, чтобы служить прогрессу науки, или же что он позволяет удалить один или несколько органов".^{274/}

Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт указывают что "Право человека на то, что будет с его трупом имеет ту же природу, что его право быть хозяином своего тела, и оно является продуктом человеческой свободы".^{275/}

188. Общепризнано, что в данном случае согласие должно отвечать тем же условиям, что и согласие быть живым донором. В докладе Американского Колледжа Кардиологии на У-ой Бетесдской конференции отмечается: "Важно получить удовлетворительное, обдуманное согласие индивидуума перед его смертью ... прежде, чем брать органы и ткани для пересадки или других медицинских целей".^{276-277/} Комиссия Министерства юстиции Дании

^{273/} Centre d'étude des conséquences générales des grandes techniques nouvelles, Bulletin No. 53 (Octobre 1969), p. 10.

^{274/} М. Босман, цит. пр., стр. 10.

^{275/} Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт (цит. пр.) стр. 25

^{276-277/} The American Journal of Cardiology, vol. 22, December 1968, page 14.

утверждает, что заявление о намерении по данному вопросу должно исходить от взрослого и психически нормального лица. Далее следует:

"Комиссия считает, что согласие, которое само по себе служит причиной для операции, должно быть предоставлено в письменной форме, и что покойный в момент заявления должен удовлетворять тем же возрастным требованиям, которые предъявляются к согласию живого донора, т.е. ему должен исполниться 21 год".278/

189. Далее подчеркивалось, что человек не должен продавать органы своего трупа, а может лишь отдавать их для научных или гуманных целей. Так М. Босман сказал:

"Если индивидуум решает передать свое тело в анатомический институт или дает согласие на удаление из него органов или тканей, то в этом решении должна отсутствовать всякая мысль о наживе. Человек не может "продавать" свой труп или часть своего трупа. Труп человека не подлежит купле или продаже и не передается по наследству ... запрещение продавать собственные останки объясняется простыми причинами человечности и морали, а также тем фактом, что заключив сделку о продаже собственного трупа, человек сразу же окажется "связанным" контрактом, что самым недопустимым образом ограничит его свободу распоряжаться собственным телом. С этого момента он уже не сможет изменить решение и потребовать, чтобы его предали земле или подвергли кремации, например."279/

190. Как показывает анализ законодательств приблизительно 30 стран, согласие должно быть выражено при жизни в виде письменного документа, или же устно, перед наступлением смерти.280/ В едином акте о передаче тела в Соединенных Штатах, который принят с незначительными изменениями во всех 50 штатах, тщательно разработаны условия, касающиеся формы согласия.281/

278/ Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 20.

279/ М. Босман, цит. пр., стр. 10.

280/ Сравни Дж. де Мерлуз "Обзор международных и национальных кодексов и законодательства в избранных областях". 8-ое заседание "Круглого стола" Совета международных научно-медицинских организаций, посвященное защите прав человека в свете научного и технического прогресса в биологии и медицине (Женева, ВОЗ, 1974 г.), стр. 338.

281/ Centre d'étude des conséquences générales des grandes techniques nouvelles, Bulletin No. 70 (June 1973), p. 10.

Вот эти условия:

"Раздел 4 ...

- а) Передача всего тела или его части возможна посредством завещания. Передача становится действительной после смерти завещателя без утверждения завещания судом. Если суд не утверждает завещания или если оно объявляется недействительным по причинам, имеющим отношение к наследству, передача тела, тем не менее, остается действительной и имеет силу, если она была сделана с добрыми намерениями.
- б) Передача тела или его части ... может производиться не только через завещание, но и по другим документам. Передача вступает в силу после смерти дарителя. Документ, который может представлять собой карточку, предназначенную для ношения на теле, должен быть подписан доктором в присутствии двух свидетелей, которые подписывают документ в его присутствии. Если даритель не в состоянии подписаться, то документ может быть подписан за него по его указанию и в его присутствии, а также в присутствии двух свидетелей, которые должны подписать документ. Передача дарственного документа при жизни дарителя, с целью сделать передачу действительной, не является необходимой".^{282/}

191. Принято, что лицо, давшее разрешение на использование органов своего трупа с целью пересадки, имеет право отменить это разрешение. Выступая на Лондонской конференции по пересадке органов, доктор Васмут подчеркнул, что "такое разрешение на удаление или использование человеческого тела, тканей, органов, членов или частей ... может отменяться лицом, дающим такое разрешение, в любое время до наступления смерти".^{283/} В докладе специальной комиссии по пересадке органов при Нидерландском Обществе Красного Креста отмечается, что "природа согласия на удаление органов предполагает условие, что донор при жизни может взять обратно свое согласие".^{284/}

^{282/} National Research Council, Medical-Legal Aspects of Tissue Transplantation: A Report to the Committee on Tissue Transplantation from the Ad Hoc Committee on Medical-Legal Problems of the Division of Medical Sciences (Washington, D.C., June 1968) (furnished by the National Academy of Sciences of the United States of America), p. 41.

^{283/} Сборник под редакцией Г. Волстенхолма и М. О'Конора, цит. пр., стр. 159.

^{284/} Summary of the Ad Hoc Committee on Organtransplantation, (The Hague, Netherlands Red Cross Society, May 1971), p. 7.

Соответствующие условия единого акта о передаче тела в Соединенных Штатах гласят:

"Раздел 6 ...

- a) Если завещание, карточка или другой документ или официальная копия переданы определенному реципиенту, то донор может изменить или отменить передачу следующим образом:
- 1) составив и передав реципиенту подписанное заявление, или
 - 2) посредством устного заявления, сделанного в присутствии двух лиц и переданного реципиенту, или
 - 3) посредством заявления, сделанного во время неизлечимой болезни или повреждения, лечащему врачу и переданного реципиенту, или
 - 4) посредством подписанной карточки или документа, найденного на теле данного лица или в его вещах.
- b) любой документ о передаче тела, не врученный реципиенту, даритель может аннулировать в соответствии с условиями подраздела a), или уничтожив, отменив или повредив как сам документ, так и все его копии.
- c) всякая передача тела по завещанию также может быть изменена или аннулирована в соответствии с правилами изменения или аннулирования завещаний или согласно подразделу a)."285/

192. По общему мнению, если умерший не выразил своей воли, пересадку органов можно выполнить при условии согласия его ближайших родственников. Обобщая положения законодательств различных стран, доктор Дж. де Мерлуз пишет, что под указаниями ближайших родственников следует понимать указания, "сделанные супругом или супругой, детьми покойного, достигшими 21 года, родителями, братьями и сестрами и, наконец, лицом, которое является законным обладателем тела. Обычно любое такое указание является недействительным только, если при жизни покойный выражал возражение по этому поводу".286/ Доктора А. де Конинк, П. Дор и

285/ Национальный Совет исследований, (цит. пр.), стр. 42.

286/ Дж. де Мерлуз, (цит. пр.), стр. 339.

Дж.Р. Фагнарт пишет: "Общепринято, что если покойный не оставил никаких указаний, то его семья имеет право дать разрешение ... В соответствии с современным законодательством, удаление органов, произведенное без разрешения семьи, представляет собой нарушение закона и дает повод требовать компенсацию".^{287/} То же мнение было выражено на III-м Конгрессе по вопросам медицинского права в 1973 году:

"Часто в момент, когда нужно получить разрешение, больной не в состоянии его дать. Он не может дать согласие с полным осознанием цели, так как он находится в неведении относительно полного отсутствия риска для него самого и того большого значения, которое это имеет с лечебной и общественной точки зрения.

Таким образом, следует ограничиться получением согласия одного из ближайших родственников. Общеизвестно, что согласие на удаление органа может быть дано супругом или супругой покойного, при их отсутствии, родителями, совершеннолетними детьми, а при их отсутствии - ближайшими родственниками".^{288/}

193. Британская Медицинская Ассоциация рекомендует:

"Желательно получить письменное согласие покойника еще при его или ее жизни. При отсутствии такового, должно быть известно, что донор не высказывал возражений, и во всяком случае, нужно получить согласие ближайшего родственника ... Следует произвести расследование относительно возможных возражений со стороны других родственников, поскольку это представляет собой препятствие ... Выражение "любые другие родственники" следует понимать в самом широком смысле, хотя достаточно ограничиться опросом ближайших имеющихся родственников... Необходимо также иметь в виду дополнительные обязательства в отношении несовершеннолетних".^{289/}

^{287/} Доктора А. де Кoning, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт, (цит. пр.)
стр. 26.

^{288/} A. Andre and others, "Problèmes juridiques et transplantation rénale, critères de la mort et relations avec les magistrats", paper prepared for the Third Congress on Medical Law, Ghent, 19-23 August 1973, pp. 2-3.

^{289/} British Medical Journal, 18 April 1970, supplement, appendix III, p. 2.

194. Единый акт о передаче тела, принятый в Соединенных Штатах, содержит следующие пункты, касающиеся прав родственников покойного:

"Раздел 2 ...

- в) Если в момент смерти лица, относящиеся к предыдущим группам, отсутствуют, и нет фактических возражений со стороны умершего или же возражений со стороны членов той же или предыдущей группы, то любое из лиц, перечисленных ниже в порядке последовательности, может передать все тело покойного или любую его часть для любой из целей, перечисленных в разделе 3:
- 1) супруг или супруга,
 - 2) взрослые сын или дочь,
 - 3) любой из родителей,
 - 4) взрослые брат или сестра,
 - 5) опекун покойного в момент его смерти,
 - 6) любое другое лицо, имеющее право или обязанное распорядиться телом,
- с) если реципиенту известно о возражениях со стороны покойного, или если против передачи тела членом одной группы возражает член той же или предыдущей группы, то реципиент не может принять передачу тела. Лица, наделенные таким правом в соответствии с подразделом в), могут разрешить передачу тела после смерти или непосредственно перед смертью".^{290/}

195. В случае несовпадения желаний покойного и его родственников, отдается предпочтение первому. Профессор Поль Кост-Флорет указывает: "Наделенные правом не могут выступать против воли покойного или больного. Наследники и семья не могут принимать решение, которое противоречит решениям умершего. Предпочтение всегда должно быть оказано воле умершего."^{291/} В докладе специальной комиссии по пересадке органов

^{290/} Национальный Совет исследований, цит. пр., стр. 40.

^{291/} Paul Coste-Floret, "La greffe du coeur devant la morale et devant le droit", Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, 1969, No. 4, p. 303.

при Нидерландском обществе Красного Креста подчеркивается, что "разрешение, данное донором, не может быть аннулировано после его смерти ближайшими родственниками".^{292/} В заключениях, сделанных по вопросу об изменении постановления о человеческих тканях от 1961 г., консультативная группа по проблемам трансплантации Соединенного Королевства указала:

"Желаниям индивидуума относительно того, как распорядиться его собственными органами после его смерти, должно отдаваться абсолютное предпочтение перед всеми другими. Это положение в широком смысле соответствует постановлению о человеческих тканях от 1961 г., но следует надеяться на внесение уточнений, которые более четко выразили бы эту мысль".^{293/}

196. В докладе Комиссии Министерства юстиции Дании говорится:

"При наличии заявленного решения, сделанного взрослым и психически нормальным лицом и при отсутствии законных сомнений в отношении искренности его намерения, обязанностью переживших родственников является выполнение воли покойного, если существует потребность, которую можно удовлетворить таким образом. И, напротив, комиссия считает, что недвусмысленное заявление покойного, согласно которому он не желает, чтобы его тело подвергалось операциям такого рода после его смерти, должно быть учтено родственниками, т.е. они не должны разрешать операцию против воли покойного. В особенности это относится к случаям, когда желание покойного объясняется его религиозными воззрениями."^{294/}

197. Говоря о необходимости начать кампанию по записи в группу добровольцев, которые при жизни подпишутся под разрешением использовать их органы в целях пересадки после их смерти, Британская Медицинская Ассоциация дает следующий анализ двух возможных систем подписания и аннулирования таких договоров:

292/ Summary of the Report of the Ad Hoc Committee on Organtransplantation (The Hague, Netherlands Red Cross Society, May 1971), p.7.

293/ Advice from the Advisory Group on Transplantation Problems on the Question of amending the Human Tissue Act 1961, (London, HM Stationery Office, 1961), p. 4.

294/ Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 20.

"Заведомо предполагать согласие при отсутствии четких противоположных указаний многим мыслящим людям кажется решением весьма произвольным, в особенности, поскольку в результате влияния фактора времени поиски решения будут, по меньшей мере, поверхностными. Чтобы быть действительным, согласие должно быть добровольным и обдуманым. Вряд ли это всегда возможно, если согласие дается под давлением времени и трагедии, горя и неизбежной близкой утраты... Служба переливания крови представляет собой модель заключения договоров другого вида. Кажется вероятным, что кампания по записи потенциальных доноров для пересадки органов, особенно, если она обращена к молодежи, вызовет немедленный отклик. Имена и подробные данные об этих добровольцах могут быть внесены в список доноров, согласившихся отдать свои органы для пересадки, и храниться в памяти центрального вычислительного устройства. Связь по телексу между больницами и центральным устройством позволит быстро убедиться, числится ли жертва катастрофы или болезни в этом списке".^{295/}

198. Большинство правительств, приславших информацию по данному вопросу на имя Генерального Секретаря, считают, что для выполнения операции необходимо предварительно согласие донора или его родственников или, по крайней мере, отсутствие возражений.

199. Правительство Аргентины считает:

"Письменное разрешение донора, в особенности данное при свидетелях, должно считаться достаточным, даже при наличии возражений оставшихся родственников. Если такого прямого разрешения нет, необходимо разрешение родственников, если экстренность случая не мешает получить его во-время".^{296/}

200. В замечаниях сэра Макферлана Бернета, профессора Мельбурнского университета, переданных правительством Австралии, выражается сомнение, что:

"следует убеждать здоровых молодых людей носить с собой карточку, в которой выражено их согласие. Если это согласие зарегистрировано, отпадает надобность в дальнейшем согласии родственников

^{295/} British Medical Journal, 18 April 1970, Supplement, Appendix III.

^{296/} Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

или других лиц. Удаление органа после смерти не терпит отлагательства, и задержку из-за формальностей необходимо свести к минимуму". 297/

201. В информации, переданной правительством Австрии, говорится, что:

"Операция по пересадке важного органа может производиться лишь в тех случаях, когда донор, у которого берется орган, мертв, с медицинской точки зрения. В этом случае заявление о согласии должно, само собой разумеется, исходить от ближайших родственников. Следует оговорить, что другие лица не могут давать такое согласие. ... Причина состоит в том, что, в случае, когда речь идет о жизненно важных органах, в момент операции донор должен быть уже мертв, и поэтому его личное согласие исключено, тогда как с второстепенными органами дело обстоит иначе.

С точки зрения основных прав не имеется возражений к тому, чтобы индивидуум давал предварительное согласие на пересадку его органов после его смерти". 298/

202. В постановлении об использовании ткани умершего для медицинских целей от 8 июля 1957 года за № 260, которое передано правительством Финляндии, говорится, что:

"Ткани могут удаляться из трупа в целях лечения, если это признано необходимым для больного и производится в больнице, указанной Национальным Комитетом Здравоохранения, за исключением тех случаев, когда имеется обоснованное мнение, что умерший отнесся бы отрицательно к удалению у него тканей или же, если его или ее ближайшие родственники возражали бы против удаления". 299/

203. Правительство Франции обращает внимание на следующие два закона:

"Постановление от 30 октября 1947 г., в котором говорится, что вскрытие и удаление органов могут производиться без каких-либо задержек в больницах, которые занесены в список, составленный Министерством Здравоохранения, если главный врач больницы считает, что этого требуют научные или медицинские интересы, при условии

297/ Информация, переданная правительством Австралии 8 июля 1974 г.

298/ Информация, переданная правительством Австрии 1 ноября 1974 года.

299/ Информация, переданная правительством Финляндии 31 мая 1974 г.

отсутствия возражений со стороны семьи. Однако инструкции Минист-
ра Юстиции и Министра Здравоохранения ограничивают применение это-
го постановления к лицам, умершим в результате несчастного случая,
за исключением жертв преступления, самоубийства или несчастных
случаев на работе.

Закон от 7 июля 1949 г. недвусмысленно разрешает безотлагательное
удаление на месте кончины тех органов, которые могут быть исполь-
зованы для пересадки роговицы, если покойный, по завещанию, пере-
дал свои глаза в пользу специализированного учреждения". 300/

204. Правительство Люксембурга приводит закон от 17 ноября 1955 г.,
согласно которому:

"Вышеупомянутые операции могут производиться лишь с разрешения
родственников, в порядке наследования, с учетом степени родства до
второй степени включительно, равно как и супруга или супруги.
Письменное разрешение, данное покойным перед смертью, делает согла-
сие родственника ненужным. Запрещение, выраженное покойным перед
смертью, не может быть нарушено, даже при наличии согласия родст-
венников и супруга". 301/

205. В Норвегии закон от 9 февраля 1973 г., посвященный пересадке орга-
нов, предусматривает:

"У любого умершего, который оставил письменное или устное разреше-
ние на этот счет, можно удалять органы или другой биологический
материал с целью лечения болезни или физического повреждения друго-
го лица. Даже если такое разрешение отсутствует, операция описа-
нного типа может быть произведена на умершем в больнице или приня-
том в больницу уже мертвым, если умерший или его ближайшие родст-
венники не выдвинули каких-либо возражений или существуют причины
предположить, что такая операция противоречила бы мировоззрению
покойного или его ближайших родственников или, что есть другие
особые причины, запрещающие операцию".

300/ Информация, переданная правительством Франции 21 января
1970 года.

301/ Информация, переданная правительством Люксембурга 14 мая
1974 года.

Так же уместным является следующее замечание комиссии, составляющей законопроект:

"Как правило, умерший не оставляет указаний по данному вопросу, ни положительных, ни отрицательных. Если обусловить законность удаления (органов, тканей и т.п. путем операций) заранее выраженным согласием умерших, то это может иметь нежелательные последствия. Подобное требование могло бы привести к положению, когда врачи чувствовали бы себя вынужденными обсуждать этот предмет со своими пациентами, даже если последние и не давали бы к этому никаких поводов. По мнению комиссии, это было бы неприемлемо, как с точки зрения врачебной этики, так и по гуманным соображениям. Учитывая тот факт, что в настоящее время люди вообще обладают гораздо большим пониманием подобных проблем, должна существовать возможность принять закон, исходя из предположения, что значительное большинство положительно отнесется к использованию органов и другого биологического материала, взятого из их тел, в целях трансплантации. Такое предположение относительно согласия на подобную операцию должно, естественно, отступать перед любым заявлением покойного, которое содержало бы возражение против операции с целью пересадки органов; равным образом, это относится к случаям, когда известно, что подобная операция противоречит мировоззрению покойного".^{302/}

206. Правительство Республики Вьетнам отмечает, что "согласие, полученное от донора при его жизни, а также согласие его родственников, совершенно необходимо".^{303/}

207. Правительство Румынии заявляет:

"Несомненно, согласие, данное при жизни, является действительным в случае благоприятного медицинского решения со стороны комиссии по пересадке органов. Если индивидуум умирает, не дав такого согласия, необходимо получить согласие ближайшего родственника, при условии, что оно дается своевременно и в соответствии с законодательством каждой отдельной страны. Тем не менее, при условии сильно выраженной совместимости, комиссия по пересадке органов может принимать решение в пользу спасения жизни пациента,

^{302/} Информация, переданная правительством Норвегии 15 апреля, 1974 года.

^{303/} Информация, переданная правительством Республики Вьетнам 27 марта 1974 года.

и органы умершего используются, даже если согласия ближайших родственников не поступает, когда ожидание согласия угрожает жизни реципиента..."304/

208. Правительство Сингапура ссылается на медицинский закон (лечения, образования и исследований) от 1972 г., в соответствии с которым необходимо предварительное согласие донора или его родственников.305/

209. Правительство Республики Шри Ланка указывает, ссылаясь на практику, имеющую место в этой стране: "В случае пересадки от мертвого, необходимо предварительное согласие донора. Это относится к удалению глаза и сердечного клапана".306/

210. Правительство Швеции отмечает:

"Согласно правовым нормам Швеции, хирургическое вторжение в тело мертвого человека с целью получения биологического материала недопустимо без предварительного согласия умершего или его семьи. Однако, ограничение таких операций случаями, когда согласие выражено, по-видимому, приведет к тому, что биологический материал, полученный от умерших, окажется явно недостаточным ... Поэтому, принцип, действующий в Швеции в настоящее время, состоит в том, что если нет иного пути получить достаточное количество материала, то гуманная точка зрения и необходимость срочной помощи больному превалирует над фактом отсутствия времени на выяснение желания покойного и его родственников. Недавно этот принцип был подвергнут сомнению. В меморандуме, подготовленном Министерством здравоохранения и социального обеспечения, где говорится и об операциях по пересадке органов, поднимается вопрос, следует ли ставить в известность родственников покойного об операции по пересадке; давая им тем самым возможность воспротивиться ей. Меморандум будет послан на обсуждение в соответствующие руководящие и иные организации. После этого, официальное отношение к данным проблемам будет выражено в проекте закона, который Шведское правительство собирается представить Риксдагу".307/

304/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

305/ Информация, переданная правительством Сингапура 13 марта 1974 года.

306/ Информация, переданная правительством Шри Ланка 5 марта 1974 года.

307/ Информация, переданная правительством Швеции 12 марта 1974 г.

211. Правительство Украинской Советской Социалистической Республики отмечает, что "пересадка органов от умершего может производиться с согласия ближайшего родственника". 308/

212. Правительство Союза Советских Социалистических Республик указывает, что:

"Получение предварительного согласия живого донора на пересадку органов после его смерти было бы неэтичным. Если живой человек по собственному почину выставил возражение против использования его органов и тканей для пересадки после его смерти, то его волю следует уважать. В остальных случаях можно производить пересадку органов от мертвых с согласия родственников". 309/

213. Правительство Соединенного Королевства отмечает, что, согласно закону о пересадке человеческой ткани от 1961 г., разрешение на удаление частей тела с лечебными целями может даваться лицом, которое законно владеет телом, "если может быть установлено, что покойный выразил желание (письменно или устно в присутствии двух свидетелей), что части его тела должны быть использованы таким образом, после его смерти. В противном случае лицо, являющееся законным обладателем тела, может разрешить удаление органов, если после обычно практикуемого расследования у него не окажется причин считать, что либо покойный выразил возражение, либо возражение исходит от пережившего (супруга, супруги) или любого живого родственника". 310/

308/ Информация, переданная правительством Украинской ССР от 24 октября 1974 года.

309/ Информация, переданная правительством СССР от 25 июля 1974 года.

310/ Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

4. Право на жизнь в применении к донорам операций по пересадке органов, которые донор не может пережить, с точки зрения новых предложенных медицинских определений смерти

214. Последние достижения в области искусственного поддержания кровообращения и дыхания, с одной стороны, и необходимость удалить сердце как можно скорее после смерти для пересадки, с другой, поставили под сомнение традиционное медицинское и принятое юридическое определение смерти, как прекращение дыхательных и сердечных функций. Перед хирургами, выполняющими пересадку органов от мертвых, предстала дилемма. С одной стороны, вероятность успешной операции уменьшается ухудшением состояния пересаживаемого органа. С другой, пересадка не может быть произведена, пока нельзя сказать, что донор умер в общепринятом смысле с учетом того факта, что смерть наступает постепенно. В результате существует тенденция считать прекращение работы мозга новым критерием смерти.

215. Национальный Научно-Исследовательский совет США отмечает:

"Концепция "мозговой смерти" вместо классического определения, согласно которому смерть наступает, как только перестает прощупываться пульс или исчезает биение сердца, породила много дискуссий и сомнений.

Главное затруднение состоит в том, что чем короче период, в течение которого к органам не поступает достаточное количество кислорода, тем больше вероятность того, что этот орган приживется в теле другого человека. В противном случае не нужно было бы столь поспешно обеспечивать продолжение поступления кислорода на пересаживаемые органы в течение как можно более длительного времени и затем быстро удалять орган, как только количество кислорода становится недостаточным".^{311/}

Доктор С. Валтон Лилхи, председатель Международной комиссии по пересадке сердца, профессор Американского колледжа врачей, специализирующихся на грудной клетке, подчеркнул, что "успех операции по пересадке (сердца) уменьшается, если хирург ждет слишком долго после наступления "мозговой смерти".^{312/}

^{311/} Информация, предоставленная Национальным Научно-Исследовательским советом США, 25 ноября 1969 года.

^{312/} Информация, предоставленная Американским колледжем врачей, специализирующихся на грудной клетке, и опубликованная в его журнале "Diseases of the Chest", том 55, № 1, (январь 1969 г.), стр. 64

В докладе Комиссии Министерства юстиции Дании по вопросам законодательства по пересадке органов подчеркивается, что

"некоторые ткани и органы крайне чувствительны к полному прекращению поступления крови; удаление таких тканей и органов для пересадки должно начаться сразу же после наступления смерти. Иногда необходимо прибегнуть к искусственным средствам, чтобы временно поддержать кровообращение в органе или во всем теле".313/

216. В докладе отдела медицинских наук Национального Научно-Исследовательского совета (США) говорится:

"В последние месяцы проблеме определения смерти уделяется значительное внимание. Традиционные критерии смерти, а именно, неспособность поддерживать функции кровообращения и дыхания, являются недостаточными в свете широко применяемых методов искусственного поддержания функционирования обеих систем".314/

217. Профессор Ян Нелюбович, руководитель первого хирургического отделения Варшавской медицинской школы, сказал:

"Чтобы сохранить трансплантат для пересадки с трупов, время ишемии (т.е. уменьшения поступления крови) должно быть максимально снижено. При пересадках этого типа важно определить момент начала вскрытия и удаления почки.

"... в наше время прогресс медицины и хирургии породил современные методы оживления, с помощью которых можно поддерживать кровообращение и дыхание серьезно пострадавшего человека в течение часов и дней".315/

218. Декларация в Сиднее, принятая на 22-ой Всемирной медицинской Ассамблее в августе 1968 г., утверждает:

"Две практики, применяемые в современной медицине ... вызывают необходимость дальнейшего изучения вопроса о времени наступления смерти: 1) способность с помощью искусственных средств поддерживать циркуляцию крови, насыщенной кислородом, в тканях неизлечимо

313/ Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 12

314/ Национальный Научно-исследовательский совет (США), цит. пр., стр. 13.

315/ "News Bulletin" стр.21.

искалеченного тела и 2) использование таких органов умершего, как сердце и почки с целью пересадки.

"... клинический интерес заключается не в степени сохранности изолированных клеток, а в судьбе человека. В данном случае не так важен вопрос о смерти различных клеток и органов, как уверенность в том, что этот процесс сделается необратимым, несмотря ни на какие методы оживления..."^{316/}

219. В связи с этим Давид Д. Рудштейн, профессор Гарвардской медицинской школы, подчеркнул:

"Смерть не наступает одновременно для всех органов тела. Одни органы умирают раньше других, и наиболее уязвимым является мозг. Очевидно, во время трансплантации сердце должно "жить" и быть здоровым, иначе оно не сможет служить реципиенту. Следовательно, выбор донора для пересадки сердца не может быть основан на его "полной смерти" в обычном смысле слова - т.е. отсутствии всякой произвольной активности, и полном отсутствии мозговой, сердечной и легочной деятельности, а также спинно-мозгового рефлекса".^{317/}

220. Поэтому, в некоторых медицинских кругах существует тенденция выработать новое медицинское определение смерти, причем, в предлагаемых определениях подчеркивается прекращение мозговой функции, иногда называемое "мозговой смертью" или "необратимой комой". Так, например, в заявлении о выводах, принятых на заседании Круглого стола, посвященном вопросам пересадки сердца и созванном в Женеве Советом Международных Научных Медицинских Организаций в сотрудничестве с ЮНЕСКО и ВОЗ 14 июня 1968 года, говорится: "Выбор донора должен определяться

^{316/} Декларация в Сиднее, 1968 г. (текст предоставлен Всемирной медицинской ассоциацией 14 марта 1974 года).

^{317/} Давид Д. Рудштейн "Этический смысл экспериментов на людях", этические аспекты проведения экспериментов на людях. Дедал, весна 1969 года, стр. 525.

тремя следующими соображениями ... 3. Полное и необратимое прекращение мозговой деятельности". Затем устанавливаются критерии прекращения мозговой деятельности. 318/

221. Подробное и хорошо известное предложение относительно критерия определения прекращения мозговой деятельности было сделано в докладе специальной комиссии Гарвардской медицинской школы, посвященном исследованию определения мозговой смерти. 319/ Эти критерии свелись к следующему:

- 1) Невосприимчивость и отсутствие реакции. Имеет место полное отсутствие ощущения внешних раздражителей и полное отсутствие реакции. Даже наиболее интенсивные болевые раздражители не вызывают ни звуковых, ни каких-либо других реакций, даже стона, отдергивания членов или ускорения дыхания;
- 2) отсутствие самопроизвольных мышечных движений, самопроизвольного дыхания или реакции на такие раздражители как боль, прикосновение, звук или свет. При использовании механического респиратора полное отсутствие самопроизвольного дыхания у пациента можно установить, выключив респиратор на 3 мин. и наблюдая, делает ли он хоть какое-нибудь усилие дышать самопроизвольно;
- 3) полное исчезновение рефлекса и мышечного тонуса. Зрачок неподвижен, расширен и не реагирует на источник яркого света. Движение глаз (при поворачивании головы и ирригации ушей ледяной водой), а также моргание отсутствуют. Какие бы то ни были изменения положения тела (децеребрационные и другие) отсутствуют. Глотание, зевание и подача голоса приостановлены. Роговичный и глоточный рефлексы отсутствуют.

318/ "Круглый стол". 2. Пересадка сердца, Женева, 13-14 июня 1968 г. (Льеж, Дезер, 1969, стр. 51. На 48 стр. доклада о заседании имеются следующие замечания Е. Зандера, профессора Швейцарской Академии медицинских наук:

"Мозговая смерть" означает полное и необратимое прекращение мозговой деятельности и, что важно, такая мозговая смерть автоматически влечет за собой смерть всего организма. Искусственное дыхание может задержать смерть других органов на дни или недели, но не может предотвратить ее".

319/ *Journal of the American Medical Association*, том 205, № 6, (5 августа 1968 г.), стр. 337-340.

Как правило, не могут быть вызваны сухожильные рефлексy. Возбуждение с помощью раздражения подошвы или применения отравляющего газа реакции не дает;

- 4) недвусмысленная запись изоэлектрической электроэнцефалограммы, зарегистрированная в технически наилучших условиях, даже при раздражении мозга;
- 5) все вышеописанные испытания следует повторить по крайней мере спустя двадцать четыре часа без изменений. Если температура пациента не понижена (ниже 32,2°C) и он не находится под влиянием таких успокоительных средств, воздействующих на центральную нервную систему, как барбитураты, это значит, что имеет место необратимое повреждение головного мозга. Поскольку замены суждению врача, будь он один или в составе консилиума, не существует, то диагноз мозговой смерти может быть поставлен в соответствии с пунктами 1, 2 и 3. Электроэнцефалограмма (пункт 4) обеспечивает подтверждающие данные и при наличии должна использоваться".^{320/}

222. Начиная с того времени, когда эти критерии были сформулированы, они постепенно получали признание медицинских кругов. В докладе оперативной группы по вопросам смерти Института Общественных, Этических и Биологических Наук, говорится, что эти критерии:

"удовлетворяют формальным требованиям, предъявляемым к "хорошим" критериям ... Критерии сформулированы ясно и четко, выполнение испытаний не вызывает затруднений и они могут быть поняты простым врачом, а результаты испытаний обычно недвусмысленны ... Мы не предвидим никаких медицинских, логических или моральных возражений против критериев, представленных в докладе Гарвардской комиссии. Нам представляется, что эти критерии и испытания дают врачу необходимые указания. В случае принятия, они значительно уменьшат путаницу, имеющую место в настоящее время, относительно состояния некоторых "пациентов" и тем самым положат конец ненужным, бесполезным, дорогостоящим и отнимающим время и энергию заботам врачей и родственников".^{321/}

^{320/} Франк Дж. Эйд-младший "What is Death?" Доклад, прочитанный на II Национальном Конгрессе Американской Медицинской ассоциации, посвященном вопросам медицинской этики и состоявшемся в Чикаго 5 октября 1968 г., стр. 6.

^{321/} "Уточнение критериев, служащих для определения смерти: оценка", *Journal of the American Medical Association*, том 221, № 1, 3 июля 1972 г., стр. 50-51.

По вопросу об операциях по пересадке сердца в докладе на 5-ой Бетесдской конференции Американского Кардиологического колледжа, состоявшейся 28-29 сентября 1968 г. говорится следующее:

"Продление жизнеспособности сердца донора с помощью чрезвычайных средств, включая применение искусственного дыхания, а также сосудосужающих и тонизирующих сердце лекарств, является оправданным с точки зрения обеспечения реципиентов жизнеспособным органом, способным поддерживать кровообращение ... После того, как на основании жестких клинических и лабораторных стандартов объявляется мозговая смерть, удаление сердца является этически приемлемым". ^{322/}

С другой стороны, в пункте 1 резолюции, принятой 7 октября 1968 г. Исполнительным советом Американского колледжа фтизиатров, Вашингтон, округ Колумбия, говорится о следующем: "1. Американский колледж фтизиатров поддерживает концепцию "смерти мозга" при трансплантации органов. Смерть мозга является определением скорее медицинского, чем правового характера". ^{323/}

223. Некоторые ученые считают, что новое определение смерти и ее критерии должны быть приняты в качестве закона. "По-видимому, необходимо принять юридическое определение смерти, - заявил доктор Рудольф Быстрицкий. ^{324/} В докладе комиссии по изучению проблемы безрежного лечения, подготовленном под руководством Министерства здравоохранения, образования и социального обеспечения Соединенных Штатов, говорится, что по мнению комиссии, вопрос юридического определения смерти является столь важным, что такое определение может быть принято в качестве закона только Конгрессом Соединенных Штатов. ^{325/} Профессор Гамбургер сказал:

^{322/} Cardiac and Other Organ Transplantation in the Setting of Transplant Science as a National Effort; Fifth Bethesda Conference of the American College of Cardiology (New York, 1968), p. 12, furnished by the National Research Council of the United States of America.

^{323/} Текст представлен Американским колледжем фтизиатров 15 октября 1969 г. и опубликован в его журнале "Болезни легких", том 55, № 1, стр. 63 англ. текста.

^{324/} Рудольф Быстрицкий, "Несколько замечаний о научно-технической революции и правах человека" в сб. Рене Кассен "Amicorum discipulorumque liber, I. Проблемы международной защиты прав человека (Париж, А. Педон, 1969 г.); стр. 26.

^{325/} United States Department of Health, Education and Welfare, publication No. (OS) 73-88, 16 January 1973, pp. 31-32.

"Я надеюсь, что закон утвердит определение смерти для лиц, жизнь которых поддерживается искусственным способом, и разрешит остановить машину, когда ясно, что индивидуум уже мертв. Я считаю, что в это время, когда в соответствии с новым определением ясно, что индивидуум действительно мертв, трансплантаты органов могут быть удалены из тела, подобно тому, как это делается после наступления смерти в результате остановки сердца, что является специальным случаем, предусмотренным нынешним законодательством и правилами. С другой стороны, я думаю, что нельзя говорить о разрешении на такое удаление до наступления смерти единственно на том основании, что прогноз признан безнадежным".^{326/}

224. В 1970 г. была сделана попытка решения проблемы законодательными средствами когда штат Канзас, Соединенные Штаты Америки, принял "Закон о смерти и определении смерти". Этот законодательный акт послужил образцом для закона, принятого в штате Мериленд в 1972 г., а также для законов, находящихся в настоящее время на рассмотрении в ряде других штатов.^{327/} ВОЗ сообщает, что этот закон является "посягательством на ответственность врача" и "направлен скорее на защиту интересов будущего реципиента в операции по пересадке органа, чем донора поневоле".^{328/}

225. Говоря о национальных законодательствах, рассматривающих новые критерии смерти, следует также упомянуть циркуляр № 67 министра социальных дел Франции от 24 апреля 1968 г., касающийся применения закона № 47-2057 от 20 октября 1947 г. о вскрытиях и удалении органов;^{329/} приказ № 18 министра здравоохранения Венгрии о применении к операциям по удалению и пересадке органов и тканей закона № 11 от 1972 г., посвященного вопросам здравоохранения;^{330/} а также итальянские министерские указания от 11 августа 1969 г. и от 9 января 1970 г., опубликованные во исполнение раздела У закона № 235 от 3 апреля 1957 г. и касающиеся удаления частей тела умершего с целью лечебной пересадки.^{331/} В этих законах описаны критерии установления смерти на основании прекращения мозговой функции, а также процедура удостоверения смерти.

^{326/} "Круглый стол" 1. Биомедицинская наука... цит. пр. стр. 52.

^{327/} Cf. Alexander M. Capron, "Determining death: do we need a statute", The Hastings Center Report, 1973, p. 7.

^{328/} E/CN.4/1173: стр. 121.

^{329/} International Digest of Health Legislation, vol. 19, 1968, p. 628-629.

^{330/} Дж. Д. Мерлуз, цит. пр. стр. 355.

^{331/} International Digest of Health Legislation, vol. 22, 1971, pp. 125-126 and vol. 24, 1973, p. 168.

226. Как отмечает Всемирная Организация Здравоохранения, критерии вышеупомянутой Гарвардской комиссии "не являются общепринятыми".^{332/} Начиная с 1968 г. некоторые эксперты подчеркивают недостатки электроэнцефалографа и выражают серьезное сомнение относительно возможности объективного определения смерти мозга. На симпозиуме, посвященном развитию науки и биомедицинских исследований, организованном с помощью ЮНЕСКО и ВОЗ, в 1968 г., доктор Дж. Наффа, профессор Французского медицинского факультета в Бейруте, заявил, что мозговую смерть "можно установить только путем введения на большую глубину кортикальных электродов, причем опасность, связанная с введением глубоких электродов, делает невозможным установление любого критерия".^{333/} Доктор Х. Блок, руководитель отдела исследований, СИВА, Базель, Швейцария, сказал: "Пример продолжительных обратимых ком иллюстрирует недостатки любых правил, которые мы устанавливаем, и должен служить предостережением в вопросе о пересадке органов".^{334/} Доктор В. Рексед, генеральный директор отдела социального обеспечения при Национальном комитете здравоохранения, Стокгольм, отметил: "Имели место обратимые комы, продолжавшиеся 6 месяцев".^{335/}

227. Профессор Давид Д. Рутштейн отмечает:

"Это новое определение приемлемости сердечного донора, в котором понятие "полное наступление смерти" заменяется понятием "необратимое повреждение мозга", поднимает больше вопросов, чем дает ответов. Обозначает ли принятие этой концепции, что исчезла необходимость лечить, например, senильного пациента, который соответствовал бы подобным критериям? В чем состоит принципиальное отличие подходящих доноров от полностью слабоумных индивидуумов? Каково значение этой концепции с точки зрения наследования имущества, если биение сердца донора, не оставившего завещания, поддерживается с помощью вводителю ритма, пока идут поиски реципиента, и в это время умирает жена донора? Возможно ли, что это новое определение смерти сердечного донора дает новое направление преступной деятельности, которое приведет к тому, что пациентов будут убивать с целью увеличения числа подходящих доноров?"^{336/}

^{332/} E/CN.4/1173, стр. 22.

^{333/} В протоколах симпозиума о развитии науки и биомедицинских исследований, Париж, 26-29 февраля 1968 г. ЮНЕСКО, развитие науки и документы, № 16 (Париж, ЮНЕСКО, 1969 г.), стр. 51.

^{334/} Там же, стр. 50.

^{335/} Там же, стр. 49.

^{336/} Давид Д. Рутштейн, цит. пр., стр. 526.

На вышеупомянутом симпозиуме СММО, посвященном развитию науки и биомедицинских исследований, доктор Рексед сказал:

"Мы считаем важным, чтобы люди, которые могут испытать влияние этой ситуации, приняли решение; если случится так, что новое определение смерти будет отвергнуто общественным мнением, то это вызовет кризис доверия".^{337/}

228. Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж. Р. Фагнарт указывают: "Всякое юридическое определение смерти рискует быстро устареть ввиду постоянного прогресса науки".^{338/} На съезде в Анахайме, Калифорния, в декабре 1973 г. Американская медицинская ассоциация подтвердила свое отрицательное отношение к любому "жесткому" законодательному определению.^{339/}

229. Тенденция к использованию прекращения мозговой деятельности вместо прекращения сердечной и дыхательной деятельности в качестве медицинского критерия смерти вызвала озабоченность определенных кругов. Например, Международная Лига прав человека представила экземпляр сборника *Civil Liberties*, том 2, № 1, опубликованного Союзом Гражданских Свобод Соединенных Штатов Америки, в котором содержится утверждение, что

"Американские граждане и ближайшие родственники вот-вот потеряют все юридические права на а) какое бы то ни было участие при установлении простого факта, является ли данный индивидуум в действительности живым или мертвым; б) на любую защиту против использования жизни человека (согласно новым определениям смерти) в целях медицинского экспериментирования".

В других материалах, представленных Лигой, утверждалось, что "растущее применение концепции мозговой смерти вместо смерти сердца для установления отсутствия жизни, может ... создать положение, при котором индивидуумы будут использоваться ... возможно, даже преждевременно, в качестве доноров для пересадки органов".

230. В непрофессиональных кругах несомненно существует опасение, что какой-нибудь сверхретивый хирург, специалист по пересадке органов, может произвести операцию до наступления смерти донора. Медицинские круги признают существование подобных спасений. Так, при обсуждении

^{337/} Протоколы симпозиума, посвященного развитию науки и биомедицинских исследований, цит. пр. стр. 49.

^{338/} Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж. Р. Фагнарт, цит. пр. стр. 24.

^{339/} Александр М. Капрон, "Решить, что такое смерть", газета "Нью-Йорк Таймс", 24 февраля 1974 года.

вопросов хирургической этики, в частности, в связи с проблемами, возникающими при пересадке органов, организованном Международной Федерацией Хирургических колледжей и состоявшемся в Варшаве, профессор Густав Герц, руководитель урологического отделения Королевского института в Стокгольме, Швеция, сказал:

"Мне трудно поверить, что общественное мнение когда-нибудь искренне примет точку зрения, согласно которой родственники, которые продолжают обнаруживать некоторые определенные признаки жизни, признаются мертвыми". 340-341/ Доктор Кальн сказал:

"Несомненно, все мы согласны в том, что наступает время, когда в интересах умирающего и его родственников нужно "выключить ток". Но все дело в том, делается ли это из-за того, что кто-то ищет почку для пересадки, а не потому что это в интересах умирающего". 342/

231-232. В заявлении, переданном 11 апреля 1970 г. Генеральным секретарем Лиги Арабских стран, отмечается в связи с современным развитием операций по пересадке сердца:

"Если в момент удаления сердца клиническая смерть не наступила, это значит, что человека произвольно лишили жизни".

233. В вышеупомянутом докладе оперативной группы по вопросам смерти и умирания при Институте общественных, этических и биологических наук кратко изложены причины, вызывающие озабоченность:

- 1) проблемы, связанные с мировоззрением и языком;
- 2) причины, стоящие за новыми критериями и отношение к пересадке органов;
- 3) проблемы, связанные с ролью врача и способами установления новых критериев и
- 4) опасение, связанное с возможными дальнейшими усовершенствованиями критериев". 343/

340-341/ "Бюллетень", стр. 28.

342/ Сборник под редакцией Г. Волстенхолма и М. О'Коннора, цит. пр., стр. 72.

343/ "Усовершенствование критериев определения смерти". Journal of the American Medical Association, vol. 221, No.1 (3 July 1972), pp. 50-51

234. Ввиду этой озабоченности подчеркивается необходимость применения исключительно жестких методов проверки, прежде чем приступить к пересадке органов, если донор не в состоянии пережить ее.

В вышеупомянутой декларации в Сиднее (см. § 218) говорится:

"Это определение (смерти) будет основываться на клиническом суждении, которое, при необходимости, будет подтверждаться данными ряда диагностических устройств, из которых электроэнцефаллограф имеет в настоящее время наиболее широкое применение. Однако, при современном состоянии медицины, ни один технический критерий, взятый в отдельности, не является совершенно удовлетворительным, и ни один технический метод не в состоянии заменить обобщающий диагноз врача.

Если речь идет о пересадке органа, то диагноз о наступлении смерти должен быть сделан не менее, чем двумя врачами, и врачи, определяющие момент наступления смерти, никоим образом не должны быть непосредственно связаны с выполнением операции по пересадке". 344/

Необходимость участия нескольких врачей в определении смерти и их непричастность к последующей операции по пересадке также подчеркивается в заявлении заседания "Круглого стола" СММО, посвященном вопросам пересадки сердца, состоявшегося в 1968 г., 345/ в указаниях по пересадке сердца Американской медицинской ассоциацией за 1968 г., 346/ в юридическом комментарии, включенном в доклад специальной комиссии Гарвардской медицинской школы, изучавшей вопросы мозговой смерти, 347/ в правилах, принятых Шведской академией медицинских наук в 1969 г. 348/ и в резолюции Международной Ассоциации юристов-демократов, принятой в 1970 году. 349-350/

344/ В тексте набрано курсивом.

345/ "Круглый стол", 2. Пересадка сердца. Женева, 13-14 июня 1968 г., (Льеж, Дезер, 1969 г.), стр. 51.

346/ Ср. заявление о пересадке сердца, *Journal of the American Medical Association*, 3 марта 1969 г., том 207, № 9, стр. 1705.

347/ Ср. *Journal of the American Medical Association*, том 205, № 6, 5 августа 1968 г., стр. 87.

348/ Ср. Анри Анрис "Медицинская и парамедицинская профессия в странах Общего рынка; поле деятельности, доступность, профессиональные правила, а также важнейшие проблемы современной этики" (Брюссель, Ларсье, 1971 г., стр. 430.

349-350/ Резолюции о техническом прогрессе и правах человека, принятые на 9-ом Съезде Международной ассоциации юристов-демократов, Хельсинки, 15-19 июля 1970 г., стр. 2.

235. Некоторые правительства, выразившие свое мнение по данному вопросу, считают, что хирурги должны производить операции по пересадке органов в соответствии с новым определением смерти; другие не признают новых определений смерти. Правительства подчеркивают, что право на жизнь, в применении к донорам операций по пересадке, при которых доноры не могут выжить, должно строго выполняться.

236. Правительство Аргентины заявляет:

"Прежде чем присупить к удалению органов предполагаемого покойника, хирурги, которые будут производить операцию, должны засвидетельствовать наличие определенных показателей необратимых повреждений нервной системы".^{351/}

237. В замечания профессора сэра Макферлана Барнета, переданных правительством Австралии, отмечается: "Я согласен принять точку зрения, что при прекращении мозговой деятельности ни врачи, ни общественность не обязаны искусственно поддерживать функционирование внутренних органов. Чтобы это стало ясно, следует изменить юридическое определение смерти".^{352/}

238. Правительство Австрии пишет:

"В операции по пересадке жизненно важного органа следует руководствоваться принципом, согласно которому нельзя подвергать опасности человеческую жизнь, чтобы может быть спасти жизнь другого индивидуума. Это утверждение обуславливается принципом равной ценности человеческой жизни, предполагаемым традиционными правами человека, что отражено, например, в основном принципе равенства человеческих существ".^{353/}

239. В информации, полученной от правительства Норвегии, приводится закон от 9 февраля 1973 г., касающийся пересадки органов, вскрытия в больницах и передачи трупов, согласно которому перед тем, как приступить к операции, факт смерти должен быть подтвержден двумя врачами,

^{351/} Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

^{352/} Информация, переданная правительством Австралии 8 июля 1974 года.

^{353/} Информация, переданная правительством Австрии 21 ноября 1974 года.

ни один из которых не производит операции ... Операция не должна выполняться врачом, который лечил умершего во время его последней болезни". В замечаниях комиссии, составлявшей проект закона, между прочим говорится:

"Комиссия считает, что вопрос констатации точного момента смерти является чисто медицинским и должен решаться на основании профессиональной интуиции и методов проведения осмотра, являющихся общепринятыми в современной медицине. Определение смерти как таковой не может изменяться в законодательном порядке".

Далее в замечаниях говорится:

"Поэтому комиссия отмечает необходимость создания административных указаний в соответствии с данными разделом. Предполагается, что необходимо исходить скорее из нового определения смерти, чем из обычного, которое основано на критериях остановки сердца и прекращения дыхания. Новое определение, часто называемое "мозговая смерть", основано на признании того факта, что индивидуум является мертвым, когда его мозг необратимо разрушен.

"Один из членов комиссии, профессор Эрик Энгер, перечисляет 6 критериев, которые должны быть удовлетворены, прежде чем можно принять диагноз смерти основанный на полном разрушении мозга:

1. Кома, т.е. глубокое бессознательное состояние при отсутствии реакции на внешние раздражители (свет, звук, боль);
2. Известная история болезни с указанием на внутричерепное заболевание;
3. Прекращение самопроизвольного дыхания;
4. Отсутствие зрачковой реакции на свет и других рефлексов мозговых нервов;
5. Изоэлектрическая энцефалограмма, в которой кривая зарегистрирована в определенных условиях;
6. Остановка кровообращения в мозгу, зарегистрированная на рентгеновском снимке сосудов головного мозга, выполненном с соблюдением определенных условий".^{354/}

240. Правительство Румынии заявляет:

"Установление наступившей смерти и взятие органов для пересадки должно основываться на объективных медицинских критериях: дыхании, электрокардиограмме и, особенно, электроэнцефалограмме; оно

должно регистрироваться в письменном юридическом документе, который представляет собой основной документ, позволяющий изъятие органов". 355/

241. Правительство Швеции заявляет:

"В Швеции не принято устанавливать смерть на основании прекращения мозговой деятельности. Таким образом, операции по пересадке, для которых требуется, чтобы сердце продолжало биться, не разрешаются. В Швеции применяется принцип, согласно которому всякий больной имеет право на необходимое лечение до тех пор, пока есть "надежда". ... Фактически нет сомнения в том, что человека, мозговая деятельность которого прекратилась, можно считать мертвым. Однако из этого не следует, что должна быть принята концепция мозговой смерти. Ни в коем случае нельзя пренебрегать требованиями абсолютной уверенности. Поэтому одним из самых настоятельных условий принятия принципа мозговой смерти должна быть полная уверенность в том, что мозговую смерть можно установить. Официальная точка зрения, имеющая место в Швеции, состоит в том, что существующие методы установления прекращения мозговой деятельности не удовлетворяют этим требованиям. Напротив, существуют показания, согласно которым иногда тот или иной метод является ненадежным, даже если считать, что суммарные показания нескольких таких методов могут определить, прекратилась ли мозговая деятельность или нет". 356/

242. Правительство Украинской Советской Социалистической Республики указывает, что на Украине "врачи продолжают бороться за жизнь пациента, пока не наступит биологическая смерть". 357/

243. Правительство Союза Советских Социалистических Республик заявляет:

"В СССР врачи продолжают бороться за жизнь человека, пока не наступит биологическая смерть. Поэтому пересадка органов от живых людей не разрешается (за исключением случаев, когда живой, дееспособный донор может дать согласие на пересадку почки или тканей близким родственника)". 358/

355/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

356/ Информация, переданная правительством Швеции 12 марта 1974 г.

357/ Информация, переданная правительством Украинской ССР 23 октября 1974 года.

358/ Информация, переданная правительством СССР 25 июля 1974 года.

244. Правительство Соединенного Королевства отмечает:

"Долг врача обеспечить своего пациента по возможности наилучшим медицинским обслуживанием, и возможность выздоровления потенциального донора не должна уменьшаться в результате шагов, принятых в интересах реципиента ... Перед удалением органов необходимо, чтобы смерть была зарегистрирована двумя врачами, один из которых должен иметь стаж не менее 5 лет, и оба они не должны быть связаны с группой врачей, выполняющих операцию по пересадке, и не должны принимать во внимание возможность такой операции ... В настоящее время важнейшим фактором является ... удовлетворение юридического критерия прекращения жизни".^{359/}

5. Достоинство человеческой личности, рассматриваемое в свете существования методов искусственного продления функционирования органов после прекращения функционирования головного мозга

245. Технические достижения навязали больному, его семье, врачам и всему обществу вопрос, следует ли прекратить лечение больного, у которого наступила смерть головного мозга, но благодаря использованию усовершенствованных методов оживления, продолжается биение сердца и дыхание. Такие методы позволяют осуществлять героические усилия, направленные на "спасение" тяжело больных или перенесших серьезное увечье людей, тем не менее обрекая их на существование, которое нельзя с полным правом назвать человеческим. Жизнь большого количества таких пациентов поддерживается благодаря интенсивному медицинскому обслуживанию и серьезному вмешательству. Благодаря этим пациентам возник вопрос о качестве жизни, которую медицина сохраняет в таких случаях, и о достоинстве человеческой личности, в которой признаки жизни поддерживаются лишь искусственными способами.

246. Является ли законным с научной и моральной точек зрения поддержание жизни того, что можно назвать "препаратом сердца-легких-почек" с использованием метода оживления, при наличии убедительного свидетельства того, что полное возвращение к жизни невозможно?" - спросил доктор Жоншер на заседании "Круглого стола, посвященном вопросам пересадки сердца."^{360/} Говоря о случаях, когда жизнь людей, находящихся

^{359/} Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

^{360/} "Круглый стол", пересадка сердца, Женева, 13-14 июня 1968 г. (Льех, Дезер, 1969 г.), стр. 43-44.

в коматозном состоянии, "поддерживается на чисто растительном уровне, даже после наступления смерти мозга", доктор Ожале сказал:

"Это меня не волновало, пока я не понял, что жизнь этих людей поддерживается с целью обеспечить органы для возможных операций по пересадке", это явление поднимает самые серьезные моральные проблемы". 361/

247. На 8-ом заседании "Круглого стола", посвященном правам человека, Генри К. Бичер указал, что

"С прогрессом медицины становится все легче принимать технические решения, тогда как моральные проблемы приобретают все большее значение и их все труднее решать".

"Следует признать существование двух факторов: один служит для измерения благосостояния индивидуума, другим измеряется благо науки, т.е. в лучшем смысле этого выражения - благосостояние общества:

- a) нет сомнения в том, что приходит время, когда непозволительно более продолжать применение чрезвычайных средств для поддержания жизни больного, находящегося в безнадежном состоянии;
- b) можно с полным правом утверждать, что общество не может позволить себе отказываться от тканей и органов больных, находящихся в безнадежно бессознательном состоянии". 362/

248. На практике часто случается, что врачи искусственно поддерживают жизнь пациента, несмотря на признаки смерти его головного мозга. Они не желают рисковать нарушением закона или быть обвиненными в убийстве. Это особенно верно в тех случаях, когда пациент находится в больнице, где такое действие может быть обнаружено и доведено до сведения начальства. Профессор Лермит говорит о

"крайних угрызениях совести тех, кто должен принять решение и сообщить, что пациент скончался. Я считаю, что они могут допускать ошибки, не связанные с диагнозом смерти, а лишь с

361/ Протоколы Симпозиума, посвященного развитию науки и биомедицинским исследованиям. Париж, 26-29 февраля 1968 г. ЮНЕСКО, Развитие науки и документы, № 16 (Париж, ЮНЕСКО, 1969 г.) стр. 47.

362/ Н.К. Beecher, "Definition of death: the individual's right to be let alone", 8-ое заседание "Круглого стола", стр. 113.

искусственным поддержанием жизни этих пациентов в течении часов, а иногда и дней". 362A/ Отмечалось, что очень часто эти решения "основаны не на потребностях пациента, а на чувстве вины у семьи и профессиональной гордости врача". 363/

249. В этой связи подчеркивалось, что смерть, как и жизнь, должны приниматься с максимальным чувством достоинства и что "наступает время, когда не следует поддерживать "жизнь" людей".

250. Роберт С. Морисон пишет:

"Есть скрытое унижение в концепции смысла человеческой жизни, выраженной в сверхмощных усилиях поддержать ее наружные, видимые и совершенно незначительные признаки. Значение человека не в том, чтобы дышать, мочиться и испражняться, даже если он может это делать самостоятельно. И насколько же должно увеличиться уважение, если все это должно делаться за него, а он ни на что иное не способен. Здесь не только средства превратились в цель, но сами средства сделались искусственными. Это просто оскорбление самой идеи гуманизма - приравнивать его к этим механически осуществляемым формальностям". 364-365/

Он считает, что в таких случаях врач должен рассуждать следующим образом:

"Говоря откровенно, траектория жизни этого пациента достигла конечной точки падения. Буквально все, что некогда делало его жизнь наслаждением для него самого, радостью для его друзей и достоянием общества, теперь исчезло и никогда не возвратится. Все, что осталось - это наименее возвышенная сторона его связи с окружением, и даже она приняла наименее возвышенную форму. На основании прошлых бесед я уверен, что этот человек не хотел бы жить, оставаясь в этом состоянии, недостойном человека. Поэтому я прекращаю всякое лечение, которое способствовало бы продлению жизни, я оставляю только ту его часть, которая направлена против

362A/ Léon Depaule, "Le droit à la mort", IV^e Colloque de Besançon, page 6.

363/ Cf. Sybil Baker, "Life or death? Who decides? Experts unsure", Sunday News (New York City), 27 January 1974.

364-365/ Robert S. Morison, "The last poem; the dignity of the inevitable and the necessary", The Hastings Center Studies, May 1974, page 64.

беспокойства и боли, отдавая себе полный отчет, что такие меры ускорят и конец ... Выполнив, таким образом, желание моего друга и пациента, я возвращаю ему достоинство управления, насколько это возможно, обстоятельствами, при которых он возвращается в небытие". 366/

251. Возможность искусственного поддержания "жизни" пациента, находящегося в состоянии необратимой комы, вызывает беспокойство пациента и потенциальных пациентов. Профессор Рут Рассел отмечает:

"Право старых людей достойно доживать свой век не требует доказательств. Также верен и вывод из этого утверждения: каждый имеет право умереть с достоинством. Сегодня многим отказано в этом праве". 367/

252. 25 апреля 1973 г. Медицинское общество штата Коннектикут одобрило резолюцию, предлагавшую, чтобы здоровый человек имел право подписать заявление, в котором он просит не поддерживать его жизнь искусственными методами или героическими усилиями. Образец формы такого заявления, приложенный к резолюции, заканчивается словами: "Я ценю жизнь и достоинство жизни, и поэтому я не прошу, чтобы у меня прямо отняли жизнь, но прошу, чтобы моя смерть не оттягивалась бессмысленно и чтобы достоинство жизни не было разрушено..." 368/

253. По-видимому, общее мнение состоит в том, что достоинство человеческой личности должно сохраняться до конца, и что все "героические" средства лечения следует прекратить после того, как прекратилось функционирование головного мозга. Выступая на конференции, посвященной этическим, философским, политическим и социальным последствиям развития науки и техники, организованной журналом "Сентр Мэгезин" в 1969 г., профессор Курт Рейнгарт сказал:

"Я против продления жизни, которая уже больше не является жизнью, что так часто делается в наших современных больницах, по-видимому, с экспериментальными целями, и за что семья платит астрономические суммы. Мне известны случаи, когда в течение недель и даже

366/ Там же.

367/ O. Ruth Russell, "The right to Choose Death", New York Times, 14 February 1972.

368/ "Physicians back the right to die", New York Times, 26 April 1973.

месяцев поддерживалась жизнь коматозных пациентов в возрасте 90 лет и старше; это была не жизнь, а живая смерть. Я бы снял все трубы и выключил ток, хотя я и против пирской практики такого рода". 369/

254. Х.П. Льюис также писал, что

"Необходимо изменить традиционный подход к ... бесполезному продлению жизни в свете современных возможностей лечения. Нужно, чтобы чрезвычайные меры сохранения жизни применялись только тогда, когда пациент может реально надеяться подняться с постели без невыносимых страданий. После того, как мозговая смерть может быть подтверждена, следует прекратить все усилия, направленные на поддержание жизни, ибо способность поддержать подобие жизни, не всегда ведет к осмысленной жизни". 370/

255. В докладе, подготовленном для Комитета служения при Обществе американских квакеров, говорится:

"Мы считаем, что человеческая жизнь является даром, который имеет значение только до тех пор, пока его обладатель продолжает оставаться личностью. Потенциальная жизнь, которой предоставлен умирающий, должна быть тем соображением, которое постоянно имеют в виду лечащие врачи и общество. Это должно направлять их действия в каждом отдельном случае.

"Мы одобряем отказ от помощи или прекращение лечения, которое поддерживает жизнь человека, находящегося в бессознательном состоянии, и если, вследствие мозговой смерти или по другой причине, которую медицина признает достаточной, представители этой профессии должны решать, поврежден ли мозг пациента безнадежно и вернется ли к нему сознание". 371/

369/ The Center Magazine, November 1969, p.36.

370/ H.P. Lewis, "Machine medicine and its relation to the fatally ill", JAMS, vol. 206, No. 2, (7 October 1968) pp. 387-388.

371/ Who Shall Live? Man's Control over Birth and Death. Report prepared for the American Friends Service Committee (New York, Hill and Wang, 1970), p. 70.

256. Профессор Дж. Энглберт Данфи подчеркнул необходимость "уважать чистоту пациента; его "цельность" и достоинство должны учитываться, и им следует отдавать предпочтение перед простой демонстрацией хирургического мастерства". 372/

257. На 1-ом Всемирном съезде, посвященном вопросам медицинского права, состоявшемся в Генте в 1967 г., доктор Е. Пиллен отметил:

"Человек обладает общей ценностью, и его смерть может быть религиозной, духовной, общественной и медицинской. Но можно понять, что в определенных обстоятельствах можно установить момент, когда жизнь теряет человеческую ценность для самого пациента, который уже стоит на пороге смерти. Часто приходится наблюдать клиническую ситуацию (например, в последней стадии печеночной комы после продолжительной остановки сердца или при сильном повреждении головного мозга), когда медицина утверждает, что продление жизни чрезвычайными средствами не только бесполезно, но и означает, что семья, больница и общество должны будут истратить состояние на безнадежные попытки оживить больного. Искусственные средства могут лишь сделать смерть постепенной. В самом деле, за мозговой смертью последует неврологическая, и все закончится обычной смертью".

Далее он назвал таких пациентов "живыми трупами" и сказал, что три опытных врача - невропатолог, неврохирург и реаниматор - могут принять решение остановить машину и прекратить все чрезвычайные методы лечения. 373/

258. На заседании "Круглого стола", посвященном биомедицинской науке, профессор Гамбургер сказал:

"С научной точки зрения представляется очевидным, что ряд пациентов, находящихся в последней стадии комы, все еще сохраняют искусственно вызванное сердцебиение, но вряд ли они представляют собой нечто большее, чем физиологические сердечно-легочные препараты, нервные центры которых, в частности, разрушены полностью

372/ News Bulletin, p. 43.

373/ E. Pillen, "Theoretical and practical considerations of the low-voltage and zero EEG", paper prepared for the First World Meeting on Medical Law, Ghent, 23 August 1967, pp. 1-2, 8.

и необратимо. Эти пациенты фактически мертвы, и можно считать почти аморальным продолжать лечение сердечно-легочного препарата, который более нельзя сравнивать с живым человеческим существом в полном смысле этого слова". 374/

259. Выступая на 8-ом заседании "Круглого стола" доктор Генри К. Бичер подчеркнул, что "поддержание жизни пациента, находящегося в бессознательном состоянии с неизлечимым повреждением мозга, может производиться только с помощью чрезвычайных мер. Когда становится очевидным, что мозг умер, обязанность врача прекратить чрезвычайное лечение", хотя прекращение его и последующая смерть, даже если это и оправдано, может оказать потрясающее впечатление на наблюдателей. 375/

260. Выступая на IV Безансонском коллоквиуме по правам человека во Франции, профессор Л. Кот поддержал точку зрения доктора Р.П. Рике, который писал:

"После того, как доказана полная неспособность пациента к восстановлению самопроизвольных органических функций или какой-нибудь степени сознания, врачу позволено прекратить героические, но бесполезные попытки ... Чтобы прекратить бессмысленное и бесчеловечное состояние, не только позволено, но желательно и даже рекомендуется остановить аппарат, искусственно поддерживающий кровообращение и дыхание в организме, который после смерти мозга перестал быть человеком." 376/

261. Уже было сказано, что "бессмысленное поддержание функционирования того, что сделалось практически физиологическим препаратом, значит prolongировать страдания семьи покойного и, возможно, отвлекать квалифицированный персонал и специализированное оборудование от тех, кто получил бы от этого практическую пользу". 377/

262. Уже подчеркивалось, что прекращение оживления пациента, находящегося в состоянии необратимой комы, не связано с эйтаназией. Так Вальтер В. Сакет, врач и член Палаты представителей штата Флорида, отметил, что понятие "умереть с достоинством" предполагает, что человеку должно быть позволено умереть естественной смертью, не применяя всех

374/ "Круглый стол", 1. Биомедицинская наука..., цит. пр., стр. 52

375/ Н.К. Beecher, цит. пр. стр. 112.

376/ L. Cotte, "Le droit à la mort", Université de Besançon, IV-e Colloque de Besançon. Les droits de l'homme en France, 17-19 janv. 1974, page 24.

377/ E/CN.4/1173/, p. 22.

героических методов, известных современной медицине. "Эйтаназия или убийство из жалости не имеет ничего общего с этой философией, — подчеркнул он, — ибо эти понятия предполагают применение некоего положительного метода прекращения жизни". 378/

На III-ем Съезде по вопросам медицинского права доктор Филипп Х. Аддисон сказал:

"Врач, ответственный за больного, проконсультировавшись с коллегами, должен принять окончательное решение относительно того, когда следует прекратить применение методов по оживлению. Прекращение жизни пациента, страдающего от необратимой комы, не следует рассматривать как эйтаназия, потому что в этом случае отсутствуют явные медицинские показания боли или страдания. Позволить пациенту, страдающему от необратимой комы, умереть и применить эйтаназия — в основе этих двух действий лежат совершенно различные правовые концепции, даже если результат для пациента один и тот же". 379/

263. Некоторые ученые и группы людей выразили мнение, что позволительно применить уход за пациентом, находящимся в состоянии необратимой комы, с целью продления его жизни в интересах реципиента, ожидающего пересадки органа. Так, профессор М.Ф.А. Вудрафф, рассказывая о случае, когда врач, собиравшийся произвести операцию по пересадке, узнав, что продлевающие жизнь меры будут прекращены, сказал:

"Я могу сделать две вещи: попросить их не выключать еще 10 минут, чтобы я мог сначала удалить почку, или позволить выключить машину и ждать, пока не объявят смерть пациента, после чего я удалю почку. Не вижу ни малейшей разницы для нейрохирургического пациента, что именно я сделаю, а для реципиента почки дополнительное время может иметь значение..." 380/

Робер М. Вич сказал:

"Предполагается, что если речь идет о трупе, то моральный долг состоит в том, чтобы сохранить органы в наилучшем состоянии на благо живых, продолжая процесс дыхания, пока не будет удалено

378/ Science News, 19 августа 1972 г., стр. 118.

379/ Philip H. Addison, "Voluntary euthanasia", доклад, подготовленный для III Всемирного съезда по вопросу медицинского права, Гент, Бельгия, 19-23 августа 1973 г., стр. 7.

380/ G. Wolstenholme and M. O'Connor, цит. пр., стр. 99.

сердце. Такой поступок не ставит никаких моральных проблем; в сущности можно утверждать, что было бы моральной безответственностью подвергать риску сохранность ткани".381/

264. В докладе Комиссии Министерства юстиции Дании говорится, что "иногда ... необходимо применить искусственные средства, чтобы временно поддержать кровообращение в органе /который будет пересажен/ или во всем теле".382/ Вспомним также, что в докладе У Бетесдской конференции Американского кардиологического колледжа специально говорится о пересадках сердца:

"Продление жизнеспособности донора с помощью чрезвычайных средств, включая искусственное дыхание, а также сосудосужающие и сердечные лекарства, является оправданным, чтобы обеспечить реципиента здоровым органом, способным поддерживать кровообращение ... После того, как на основании строгих клинических и лабораторных стандартов объявлена мозговая смерть, удаление сердца является этически приемлимым".383/

265. В докладе Специальной комиссии по пересадке органов при Нидерландском обществе Красного Креста говорится:

"Практически задают вопрос, допустимо ли принять лечение, продлевающее жизнь, по отношению к умирающему пациенту исключительно в интересах пересадки органа? В некоторых кругах это не считается недопустимым ввиду тех важных последствий, которые это имеет для ожидающего реципиента, при условии, что эти меры не беспокоят умирающего пациента".384/

266. В циркуляре № 67 министра социальных дел Франции говорится, что

"Если после установления смерти предполагается удаление органа для лечебных целей, то разрешается продолжать применение мер по

381/ Robert M. Veatch, "Brain death", The Hastings Center Report, ноябрь 1972 г., стр. 12.

382/ Доклад Комиссии Министерства юстиции Дании, стр. 12.

383/ Cardiac and Other Organ Transplantations in the Setting of the Transplant Science as a National Effort: Fifth Bethesda Conference of the American Colledge of Cardiology, (Нью-Йорк, 1968 г.), стр. 12.

384/ Summary of the Report of the Ad Hoc Committee on Organ Transplantation, (Гаага, Нидерландское общество Красного Креста, май, 1971 г., стр. 9.

оживлению, с целью предотвратить преждевременное прекращение подачи крови в этот орган".^{385/}

Правительства не имеют единой точки зрения по данному предмету.

267. Правительство Аргентины заявляет:

"Следует указать, что после необратимой смерти мозга продолжение реанимации или поддержание некоторых функций, таких как дыхание или кровообращение, оправданы лишь в целях обеспечения лучшего состояния органа, подлежащего пересадке в момент удаления".^{386/}

268. В информации, переданной правительством Австрии, содержится следующая выдержка:

"В данном контексте не следует забывать о том, что применение медицинских знаний, мастерства и методов не является самоцелью, но должно быть направлено на максимальное служение человеку в интересах восстановления его здоровья. С точки зрения человеческого достоинства и сущности прав человека, ни в коем случае нельзя оправдывать неограниченное применение технических средств с целью продления биологического существования индивидуума, если нет надежды на возвращение здоровья. Также не следует забывать, что такое искусственное продление жизни может причинить страдание пациенту. Поэтому необходимо серьезно поразмыслить, не следует ли, помимо права на жизнь, признать и право на смерть. В таких случаях, когда индивидуум находится в бессознательном состоянии и, согласно медицинскому опыту, сознание к нему не возвратится, позволительно сомневаться в разумности продления телесных функций с помощью технических средств. Ибо человеческое сознание и вытекающая из него способность к самовыражению являются такими специфическими элементами человека, что их потеря разрушает человеческую личность, и весьма сомнительно, можно ли жизнь такого пациента продолжать считать "человеческой".^{387/}

^{385/} Cp. Use of Human Tissues and Organs for Therapeutic Purposes: A Survey of Existing Legislation,

Женева, ВОЗ, 1969 г., стр. 14.

^{386/} Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

^{387/} Информация, переданная правительством Австрии 21 ноября 1974 года.

269. Как отмечалось выше / §§ 242 и 243/ в Украинской ССР и СССР врачи борются за жизнь человека до тех пор, пока не наступит биологическая смерть.

270. Информация, переданная правительством Соединенного Королевства, содержит следующие выдержки:

"Если функции организма пациента поддерживаются искусственными средствами до прекращения деятельности головного мозга, и он считается потенциальным донором, применение искусственных мер может быть продолжено в течение более длительного периода, чем продолжались бы попытки поддержать его жизнь, чтобы сохранить почку в хорошем состоянии до удаления ее хирургом".

"Если установлено, что деятельность головного мозга прекратилась без надежды на восстановление, меры по поддержанию жизни останавливаются. Начиная с этого момента, забота о сохранении почек в хорошем состоянии в интересах реципиента, ожидающего пересадки, по-видимому, оправдывает продолжение применения таких мер, которые будут признаны необходимыми в течение более длительного периода". 388/

6. Вопрос гласности в отношении лиц,
участвующих в операциях по пересадке

271. Благодаря наличию современных средств массовой информации, а также прогрессу в области пересадки органов, особенно пересадки сердца, несомненно представляющим большой интерес, особенно важно обеспечить, чтобы необходимая информация передавалась достойным образом. Возникает вопрос, какие подробности должны быть переданы о лицах, участвующих в подобных операциях в качестве доноров или реципиентов. Этот вопрос связан с правом индивидуума на достоинство и свободу самовыражения и действия.

272. На практике операции по пересадке часто сопровождаются появлением в прессе ненаучных сенсационных статей. Выступая в парламенте Соединенного Королевства, господин В.Ф. Дидс говорил о "той форме, в которой иногда сообщают об операциях по пересадке, не жалея сенсационных подробностей и приправы из того, что критики лондонских газет называют пустяками". 389/

388/ Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

389/ Там же.

На десятом Международном конгрессе, посвященном болезни грудной клетки и состоявшемся в Вашингтоне в октябре 1968 г., было признано, что "имели место случаи безответственных сообщений в газетах, как со стороны прессы, так и врачей, имевших целью скорее создание сенсации, чем передачу информации".^{390/} С. Дж. Хесель писал, что "нужда в деньгах и готовность участвовать в эксперименте нарушают профессиональную секретность отношений между пациентом и врачом".^{391/} Ирвин Х. Пейдж отметил:

"Введение платы за интервью по телевидению, за права на создание фильма и, наконец, за сами органы несомненно приведет к тому же, что донор и реципиент потребуют свою долю добычи. Я вполне могу себе представить, как уже работают полным ходом мозги алчных и неразборчивых в средствах ...

"То, что в течение последних лет грубо нарушались доверие и необходимая секретность, является очевидным ... Трудно сказать, каким целям служит эта неистовая реклама. Ясно, что эти цели не были образовательными. Часть общественности это развлекло, а других оттолкнуло. Бесспорно были созданы знаменитости ... Принесет ли это больше денег на исследования и повышенный интерес к ним - никто не знает, а если и принесет, то какой ценой?"^{392/}

273. Профессор Фокс пишет:

"Широкие, часто мелодраматические описания пересадок ... уже создали ряд проблем как для врачей, так и участвующих реципиентов и доноров. Они разрушили доверие и секретность, на которые врач и пациент имеют этическое право, как каждый из них в отдельности, так и все вместе взятые. Это побудило или даже вынудило врачей сообщать о своих клинических опытах широкой публике, прежде чем они предлагались ученому вниманию и критике коллег через такие каналы, как профессиональные публикации. В глазах некоторых врачей это способствовало возникновению саморекламы, конкуренции и меркантильного духа у определенной части представителей медицинской профессии в таких формах, которые, по мнению многих, нарушают

^{390/} Diseases of the Chest, том 55, № 1, январь 1969 г., стр. 63.

^{391/} S.J. Hessel, "Heart transplants and public information", New England Journal of Medicine, vol. 278, 4 April 1968, p. 797.

^{392/} Irvine H. Page, M.D., "The ethics of heart transplantation", Journal of the American Medical Association, vol. 207, No. 1 (6 January 1969), pp. 111-112.

универсализм, бескорыстие и дух коллективизма медицинского и научного мира. Более того, многие врачи считают, что гласность, полученная трансплантациями, возможно, "ввела в заблуждение" общественность в двух основных направлениях. С одной стороны, люди могли получить слишком оптимистическое впечатление о современном состоянии и возможностях трансплантации; с другой, чрезмерное подчеркивание роли врача как "отрезателя органов" могло подорвать доверие общественности к его функциям исцелителя и охранителя жизни ..."393/

274. Внутри медицинского сословия, по-видимому, существует тенденция, направленная на защиту тайны донора, его семьи и пациента. Опубликование имен и адресов донора или реципиента считается неоправданным и незаконным вторжением в личную жизнь. В докладе специальной комиссии по пересадке органов при Нидерландском обществе Красного Креста говорится, что "необходимо принять самые строгие меры по охране анонимности донора и реципиента в интересах пациентов и их семей".394/ Исполнительный комитет Международного кардиологического общества заявляет:

"Мы сожалеем о том, что в последнее время медицинские и хирургические эксперименты стали служить для развлечения публики и даже для создания сенсаций. Такое направление может лишь дискредитировать медицину вообще и косвенно ввести в заблуждение публику, которая не в состоянии судить о значении подобных достижений, относительно опасности и ограничений, неизбежных при выполнении таких операций в их первоначальной фазе".395/

275. Всемирная Медицинская Ассоциация подчеркивает пункт Женевской декларации, принятой в 1948 г. ("Я буду уважать доверенные мне тайны, даже после смерти пациента") и пункт Международного кодекса медицинской этики, принятого в 1949 г. ("Врач обязан хранить тайну обо всем, что он знает о своем пациенте, ибо ему оказано доверие"), которые были

393/ René C. Fox, "A sociological perspective on organ transplantation and hemodialysis", New Dimensions in Legal and Ethical Concepts for Human Research, Annals, New York Academy of Sciences, 169, 2 января 1970 г. стр. 16-17, переиздание № 7, Программа развития техники и общества Гарвардского университета.

394/ Тезисы доклада специальной комиссии по пересадке органов (Гаага, Нидерландское общество Красного Креста, май 1971 г.), стр. 10.

395/ Заявление исполнительного комитета Международного кардиологического общества от 9 мая 1968 г., представлено Советом международных медицинских организаций, 20 октября 1969 года.

подтверждены двумя резолюциями, принятыми на 27-ой Всемирной медицинской ассамблее (1973 г.), еще раз подчеркнувшими важность сохранения врачебной тайны для взаимоотношения между пациентом и врачом.^{396/} Всемирная федерация нейрохирургических обществ указывает, что "неверно публиковать имена людей, имеющих отношение к операциям по пересадке".^{397/} Всемирная федерация научных работников считает, что "гласность и медицина несовместимы".^{398/} В резолюции, принятой Исполнительным советом Американского колледжа врачей, специализирующихся по грудной клетке, 7 октября 1968 г., подчеркивается, что "для защиты всех заинтересованных сторон нельзя разглашать имя донора".^{399/}

276. Говоря о практике, получившей распространение в последнее время, Ирвин Х. Пейдж отмечает:

"Я не могу согласиться с тем, что в то время, как большинство научных сообщений рассчитано на коллег и производится путем обычного медленного процесса публикации, те, чье занятие обладает драматическими аспектами, избавлены от этой необходимости. Подобная снисходительность может вызвать злоупотребления. Такое направление порождает драму и развлечение, а не четкое мышление и критический анализ".^{400/}

277. С другой стороны в упомянутом выше выпуске *Civil Liberties* (см. § 229) отмечается, что "отдельные американцы и их родственники вот-вот потеряют все законные права на ... информацию относительно того, удаляются ли и будут ли удаляться органы". В материале, переданном Лигой, также отмечается, что "рост секретности по отношению личности донора, у которого берется орган ... может ... создать такое положение, при котором люди используются в качестве доноров, сами того не зная /и/ не желая ...".

278. Существует мнение, что общественность должна получать некоторую информацию, тем более что поддержка медицины общественностью предполагает обязательство информировать общественность о ее деятельности, но что эта информация должна исходить от ответственных лиц, не нанося ущерба интересам донора и реципиента. Выступая в парламенте Соединенного Королевства, господин В.Ф. Дидс подчеркнул: "Достойна сожаления

^{396/} Информация, переданная Всемирной медицинской ассоциацией 14 марта 1974 года.

^{397/} Информация, переданная Всемирной федерацией нейрохирургических обществ, 16 января 1974 года.

^{398/} Информация представлена Всемирной федерацией научных работников 5 марта 1974 года.

^{399/} *Diseases of the Chest*, том 55, № 1 (январь, 1969 г.), стр.63.

^{400/} Irvine H. Page, цит. пр. стр. 112.

способность некоторых газет затмевать малую свечу истины бесполезными фейерверками собственного изготовления. Но нельзя упускать из виду маленькое пламя, горящее посредине".^{401/} В докладе Специальной комиссии по пересадке органов при Нидерландском обществе Красного Креста говорится:

"Прежде всего признано важным, что как донор, так и реципиент, а также их семьи должны иметь по возможности полную информацию о готовящейся операции. Только в этом случае, полностью понимая риск и перспективы, пациент может принять решение. Во-вторых, медицинские сестры, находящиеся в тесном контакте с этими пациентами и их семьями, должны быть точно проинформированы о ситуации ... В-третьих, в целях обеспечения дальнейшего сотрудничества общественности в деле развития операций по трансплантации, очень важно давать широкую и честную информацию о происходящих событиях (включая неудачи). При этом, Информационная группа /Специальной комиссии/ установила границы той информации, которая должна передаваться газетами ...".^{402/}

279. Помимо критических замечаний, цитировавшихся выше, профессор Фоке указал, что пресса играет положительную роль в деле трансплантации органов:

"Степень и качество внимания, которое органы массовой информации уделяли пересадке органов, довели до общественности необходимость живых и мертвых доноров, познакомили непрофессиональную публику с новой концепцией "мозговой смерти" и помогли семьям и местным общинам собрать деньги для будущих реципиентов, нуждающихся в пересадке органов. С точки зрения, по крайней мере, одного исследователя, благодаря драматизации нерешенных медицинских проблем, и в частности, реакции несовместимости и определения типа тканей, пресса способствовала привлечению большего числа исследователей к работе в этих областях".^{403/}

^{401/} Parliamentary Debates (Hansard), том 785, № 132, стр. 872.

^{402/} Тезисы доклада Специальной комиссии по пересадке органов (Гаага, Нидерландское общество Красного Креста, май 1971 г.) стр. 9-10

^{403/} Renée C. Fox, цит. пр., стр. 20

280. - Исполнительный комитет Международного общества кардиологии отмечает:

"Хотя и невозможно контролировать поведение тех, кто ищет мгновенной известности, все же Совет Международного общества кардиологии считает, что обладающие чувством ответственности представители нашей профессии должны показывать пример. Одним из способов добиться более этичного поведения и избежать крайностей страха и тщетных надежд было бы настоять на том, чтобы о новых методах, медицинских или хирургических, не сообщалось в массовую прессу до опубликования в специальных медицинских журналах после полной научной оценки.

"Международное кардиологическое общество через свой Совет призывает всех представителей медицинской профессии поддержать это мнение в первую очередь в интересах пациентов, а также в целях защиты их положения и достоинства".

Совет полностью поддержал мнение национального Совета Французского общества врачей, выраженное 3 мая 1968 г., согласно которому, чтобы избежать распространения ошибочной информации в будущем, сообщения о таких экспериментах должны помещаться в официальном бюллетене, который уважает медицинскую этику и старается не вызывать горя родственников и не создавать эмоциональной реакции общественности". 404/

281. В "Этических указаниях по пересадке органов", составленных Юридическим советом Американской медицинской ассоциации говорится:

"Медицина признает, что операции по пересадке органов заслуживают освещения в прессе и что общественность имеет право на точную информацию в этой области. Как правило, научный доклад об операциях сначала делается для представителей медицинской профессии с целью обзора и оценки. В тех случаях, когда драматические аспекты достижений медицины не дают возможности следовать по обычному пути, специально уполномоченный для этой цели врач может сделать объективное, основанное на фактах и сдержанное публичное заявление, рассчитанное на средства массовой информации, после чего как можно быстрее должны последовать полные научные отчеты для профессионалов". 405/

404/ Заявление Исполнительного комитета Международного кардиологического общества от 9 мая 1968 г., переданное 20 октября 1968 года.

405/ Journal of the American Medical Association, том 205 (1969 г.) стр. 341-342.

282. Ирвин Х. Пейдж пишет:

"Я предвижу лишь неприятности, если мы будем продолжать нарушать принципы доверия и секретности. Для прекращения этого положения потребуется длительное сотрудничество прессы, редакторов общественной и медицинской литературы, работников больниц и, главным образом, твердая позиция основных заинтересованных лиц. Не следует искать совершенства в человеческом поведении, и никто не ждет идеального исполнения, но все это еще весьма далеко от того, что происходит сейчас. Нам не следует капитулировать перед угрозами и оскорблениями, которыми нас осыпают невежды и глупцы. Лучше давайте придерживаться тех принципов поведения, которые мы, как врачи, считаем правильными". 406/

283. Несколько правительств выразили свою точку зрения по данному вопросу.

284. Правительство Аргентины пишет:

"Многие возражают против разглашения методов такого рода операций а также имен доноров и реципиентов. Как врачи, так и директор больницы, должны избегать всяческих контактов с неспециальной прессой, предоставляя научным журналам и другим специальным изданиям разглашение имени или имен участников, а также технические детали данной операции или данных операций". 407/

285. Правительство Республики Вьетнам заявляет, что "следует избегать гласности. Она лишь вмешивается в личную жизнь заинтересованных лиц". 408/

286. Правительство Румынии пишет: "Имена людей могут быть названы ... с их согласия". 409/

287. Правительство Сингапура пишет, что "имена лиц, участвующих в операциях по пересадке, не придаются гласности ... при отсутствии согласия или требования со стороны индивидуума". 410/

406/ Irvine H. Page, цит. пр., стр. 112.

407/ Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974г.

408/ Информация, переданная правительством Республики Вьетнам 21 марта 1974 года.

409/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

410/ Информация, переданная правительством Сингапура 13 марта 1974 года.

288. Правительство Шри Ланка заявляет, что в этой стране подобные случаи не придаются гласности. 411/

289. Правительство Швеции пишет:

"Что касается запрещения предавать гласности имена лиц, являющихся донорами или реципиентами, участвующими в операциях по пересадке, то здесь действительны общие правила хранения тайны, которые распространяются на все виды медицинского лечения; они признаны достаточной гарантией против передачи лечебными заведениями подобной информации посторонним". 412/

290. Правительство Соединенного Королевства пишет:

"Гласность может нарушить спокойствие реципиента, а также родственников донора и реципиента. В послеоперационный период реципиенты должны быть избавлены от ненужных страданий, вызванных этим.

"В настоящее время в Соединенном Королевстве обычно имеет место практика, в соответствии с которой больница уважает желание родственников донора, а также реципиента и его родственников, если, как это обычно бывает, они предпочитают оставаться анонимными. Однако, хотя это и позволяет хранить анонимность индивидуума в той мере, в какой к этому имеют отношение больница и хирурги, пресса считает операции по пересадке областью, представляющей значительный интерес для общественности. Угорные расспросы, информация, полученная при расследованиях, и выводы, сделанные на основании других свидетельств, часто позволяют сохранить в тайне личность участников лишь на короткий период. Бесцеремонное вторжение прессы в момент горя может заставить родственников отказаться от дачи разрешения на удаление органа с целью трансплантации". 413/

411/ Информация, переданная правительством Шри Ланка 5 марта 1974 года.

412/ Информация, переданная правительством Швеции 12 марта 1974 года.

413/ Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

7. Послеоперационные права живого донора, у которого удален орган, или любого лица, подвергающегося экспериментальным операциям, на медицинское обслуживание; послеоперационные права донора (если таковые имеются) в отношении реципиента, которому пересажен орган

291. Еще одна проблема, связанная с операциями по пересадке органов, возникает при определении прав живых доноров, у которых удален орган. Эта проблема представлена Рене С. Фоксом, профессором университета Пенсильвании:

"Общественный статус и роль донора ... являются нечеткими, несколько необычными и неясными. Ибо ... донор не является больным или пациентом в обычном смысле этих понятий, но в то же время он подвергается госпитализации с целью выполнения серьезной хирургической операции, предполагающей удаление жизненно важного органа. Учитывая беспрецедентную природу роли донора, не удивительно, что врачи выражают неуверенность в вопросах определения положения донора и отношения к нему. Кто он? Пациент? Или вклад, который он вносит для спасения жизни, делает его участником медицинского коллектива? В каком психологическом и медицинском уходе и внимании со стороны медицинского коллектива нуждается он в первые послеоперационные недели? Следует ли относиться к нему точно так же, как к обычному пациенту, перенесшему операцию? Чем обязан ему медицинский коллектив с точки зрения перспективы (и обязан ли вообще)? Обязаны ли врачи, удалившие у него почку, и следившие за ним в период выздоровления, продолжать оказывать ему медицинскую помощь в последующие годы? Должен ли он в будущем обращаться к любому врачу во всех случаях, кроме непосредственных осложнений, вызванных удалением почки? Можно ли утверждать, что "хотя донор и лишился чего-то материально, он приобрел нечто духовное, и это важнее" и, следовательно, он получил достаточную компенсацию, и группа врачей может быть освобождена от дальнейшей профессиональной заботы о нем? Эти и другие вопросы связаны с ответственностью, обязательствами, правами и привилегиями, которыми определяется отношение между донором и врачами, до сих пор не нашли окончательного ответа.

"Наконец, отношение между живым донором и реципиентом после пересадки также, по-видимому, характеризуется некоторой неопределенностью и напряженностью ..."^{414/}

292. Во многих работах подчеркивается, что существующие этические правила не отражают прав донора и что необходимо выработать специальные правила, касающиеся этих прав, чтобы дать указания врачам. Доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фэгнарт отмечают:

"Появление третьего лица (донора) в отношении между больным и врачом создало проблемы, которых не решают обычные правила, распространяющиеся с одной стороны на врача, а с другой на его пациента, личные непосредственные права которых определяются сравнительно легко".^{415/}

По мнению профессора Давида Дауба,

"несомненно ... при пересадке от живого донора возникает очень специфическая проблема, благодаря присутствию ужасного элемента, когда здоровому донору наносится телесное повреждение, временное — при переливании крови, или постоянное. Это новое и уникальное явление: роль донора не попадает ни в одну из обычных категорий, она нуждается в изучении, и необходимы очень специфические гарантии".^{416/}

Выступая на заседании "Круглого стола", СММО, посвященном биомедицинской науке, по вопросу экспериментов на человеке, профессор Гамбургер упомянул закон о пересадке почек от живых доноров, обнародованный в Италии в июне 1968 г., о котором будет говориться ниже в § 299:

"Я считаю, что этот /закон/ является важным примером. Я полагаю, что в настоящее время все страны, в которых часто и успешно производятся операции по пересадке почек, должны иметь правила, охраняющие права доноров, а также медиков. На сегодняшний день в их положении имеется некоторая незаконность".

Он предложил следующую резолюцию, которую члены "Круглого стола" приняли единогласно:

"Члены заседания "Круглого стола", обсудив условия, которыми руководствуются в операциях по пересадке почек от живых доноров,

"выражают пожелание, чтобы в тех странах, в которых существуют центры, способные выполнять подобные операции, но где они

^{415/} Drs. A. de Coninck, P. Dor and J.R. Fagnart, цит. пр., стр. 18.

^{416/} D. Daube' цит. пр., стр. 194

запрещены законом, были бы выработаны правила, уточняющие условия приемлемости добровольно предложенных трансплантатов".^{417/}

293. Существует мнение, что живой донор должен иметь право на медицинское обслуживание во всем, что касается последствий удаления у него органа. Федерация нейрохирургических обществ дает следующий ответ на вопрос, связанный с правами донора: "Что касается медицинской помощи - разумеется".^{418/}

294. Правительство Аргентины отмечает:

"Донор имеет право на лечение и медицинский уход за ранами и заболеваниями, прямо выражающими или являющимися последствием хирургического вмешательства в целях пересадки удаленного у него органа. Что касается лиц, являющихся объектом других экспериментов, они должны быть предварительно проинформированы относительно всех видов риска, прямого или косвенного, которому они подвергаются, а также относительно возможных окончательных результатов; с другой стороны, как и в случае доноров, медицинский уход и лечение ран, являющихся следствием проведенных экспериментов, являются их законным правом".^{419/}

295. Правительство Румынии заявляет:

"Права донора и реципиента на медицинское обслуживание следует считать постоянными во всем, что касается последствий операций, до тех пор, пока можно считать, что последние представляют выдающийся научный интерес. Специальные центры, предназначенные для выполнения подобных операций и имеющие на это право, должны обеспечиваться специальными фондами ...

"Там, где подобные операции усовершенствованы ... сделались общим достоянием и обычным явлением, права на медицинское обслуживание обуславливаются ... законодательством соответствующей страны".^{420/}

^{417/} Заседание "Круглого стола", 1. Биомедицинская наука..., стр. 45, 96.

^{418/} Информация, переданная Федерацией нейрохирургических обществ 16 января 1974 года.

^{419/} Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

^{420/} Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

296. Правительство Швеции пишет:

"Что касается затрат, связанных с операциями по пересадке, то затраты по переезду и лечению, а также убытки из-за невозможности работать, обусловленные исследованиями пригодности данного индивидуума к роли донора и самой операцией по пересадке, должны быть возмещены".^{421/}

297. В информации, переданной правительствами Украинской ССР и СССР, отмечается в этой связи, что "компенсация, определяемая законом, выплачивается государством".^{422/}

298. Правительство Соединенного Королевства заявило:

"Любой человек в Соединенном Королевстве, отдавший один из своих органов для пересадки и впоследствии нуждающийся в медицинском обслуживании, сможет воспользоваться теми же услугами государственного здравоохранения, что и любое другое лицо, имеющее те же симптомы".^{423/}

299. Было предложено, чтобы доноры или лицо, подвергавшееся экспериментальной операции, имели право на некоторое страхование на случай инвалидности, являющейся результатом операции по пересадке или экспериментальной операции. Профессор Р. Кортезини, принимавший участие в составлении итальянского закона о пересадке почек, указал:

"Донор, отдающий почку для пересадки, имеет право на страхование, предусмотренное законом, до тех пор, пока он не покинет больницу ...

"Мы считаем, что как с медицинской, так и с общественной точки зрения, было бы справедливо продлить срок страхования за пределы

^{421/} Информация, переданная правительством Швеции 22 марта 1974 г.

^{422/} Информация, переданная правительством Украинской ССР 23 октября 1974 года. и информация, переданная правительством СССР 25 июля 1974 года.

^{423/} Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

периода хирургического вмешательства, чтобы в случае повреждения оставшейся почки донор имел право на пенсию".^{424/}

Характеризуя итальянский закон о трансплантации, принятый в 1968 г., он сказал:

"Социально-экономические аспекты, которые, по-моему, достаточно важны, таковы: живой донор имеет специальное страхование, он не платит за пребывание в больнице, и страхование полностью обеспечивает его на случай возможной болезни почки в дальнейшем. Это объясняется тем, что государство признает его донорство и оказывает ему специальное покровительство".^{425/}

В связи с этим профессор Гамбургер выразил следующее мнение:

"Мы должны поздравить профессора Кортезини, стоявшего у колыбели этого итальянского закона. По-моему, он был прав, подчеркивая важную практическую сторону закона, которая, видимо, заслуживает внимания и в других типах экспериментов, т.е. защита государственным страхованием доноров, в данном случае, доноров почечных трансплантатов, но которые могут также быть здоровыми людьми или больными, подвергающимися экспериментам, которые связаны с некоторым риском".^{426/}

300. Выступая на IV-ом Безансонском коллоквиуме по правам человека во Франции, Поль Жюльен Долл коснулся вопроса о праве донора на медицинское обслуживание. Он сказал:

"Я хотел бы высказать мысль, что трансплантации от живых доноров должны стать объектом закона, подобного закону, существующему в Италии, согласно которому общество должно возместить ущерб, понесенный донором в результате операции, произведенной с учетом этого правила, в частности в том, что касается получения согласия".^{427/}

^{424/} R. Cortesini, "Outlines of a legislation on transplantation", Law and Ethics of Transplantation, в сб. под редакцией Г. Волстенхолма и М. О'Коннора, стр. 173.

^{425/} "Круглый стол", 1. Биомедицинская наука, 1968 г., стр. 54.

^{426/} Там же

^{427/} Paul-Julien Doll, цит. пр., стр. 6.

Информация, полученная от правительства Норвегии, включает следующую выдержку из книги профессора Энгера "Transplantasjoner" ("Операции по пересадке"):

"При несчастном случае или потере трудоспособности, связанной с перенесенной операцией, должна существовать какая-то программа, обеспечивающая финансовую компенсацию для пациента или его родственников на случай болезни или смерти. Необходимость в таком обеспечении возникает очень редко, но возможность его получения выразила бы признательность общества по отношению к тем, кто отдает свою физическую целостность на службу людям".428/

Правительство Соединенного Королевства отмечает:

"В связи с происходящими дискуссиями о создании группы доноров костного мозга, было внесено предложение, согласно которому должна быть установлена какая-то компенсация донорам за любые возможные неблагоприятные последствия взятия у них костного мозга, но до сих пор не принято никаких решений".429/

301. По-видимому, в настоящее время доноры нигде не имеют гарантированных прав на медицинское обслуживание в случае будущих осложнений, являющихся результатом их донорства. В этой связи Дж.Б. Мерей рассказывает о следующем случае:

"Донор, 23 лет, неглупый человек, задал очень едкий вопрос: согласны ли врачи больницы Питер Бент Брайам оказывать ему медицинскую помощь до конца жизни, если он позволит удалить почку? Мы ответили, что не можем и не хотим давать гарантии такого рода; мы находимся здесь для того, чтобы помочь его брату; если он (будущий донор) сам может помочь, то мы считаем, что есть довольно хорошие шансы на успех".430/

428/ Информация, переданная правительством Норвегии 15 апреля 1974 года.

429/ Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

430/ "Law and Ethics of Transplantation", под редакцией Г. Волсенхолма и М. О'Коннора, цит. пр., стр. 17-18.

302. О правах донора и реципиента существуют различные мнения. По мнению некоторых авторитетов, такие права существуют. Например, в работе Поля-Жюльена Долла, цитировавшейся выше, имеется следующая выдержка:

"Один швейцарский автор - речь идет о профессоре Бухере - высказал предложение, заслуживающее внимания: не следует ли заключать самый настоящий контракт между донором и реципиентом? Разве не естественно, чтобы последний принял на себя расходы по операции и послеоперационному лечению в случае осложнений? Не должен ли он принять на себя определенные обязательства по отношению к донору или его наследникам по возмещению ущерба, вызванного возможными осложнениями или смертью? (Ларжиадер, "Пересадка органов", стр. 73).

"Это представляется справедливым, но противоречит требованию о сохранении тайны, согласно которому донор и реципиент, в сущности не должны быть знакомы, исключая те случаи, когда их связывает родство".^{431/}

Правительство Аргентины указывает, что финансовые затраты, связанные с операцией, перенесенной донором, должны возлагаться на реципиента или на соответствующую медицинскую организацию. Это правило следует разъяснить до операции.^{432/}

В заявлении правительства Республики Вьетнам говорится, что "в данном случае право на послеоперационный уход должно гарантироваться до операции".^{433/}

303. С другой стороны, существует мнение, согласно которому донор не должен иметь никаких прав по отношению к реципиенту. В исследовании Рене С. Фокс и Джудит П. Свейзи "Мужество поражения: социология пересадки органов" говорится:

"Например, отношения между донорами и реципиентами при трансплантации являются крайним случаем обычного общественного обмена: дарение и принятия подарка. Все обмены подарками происходят в рамках общественных обязательств давать, получать и возмещать.

^{431/} Поль-Жюльен Долл, цит. пр., стр. 6

^{432/} Информация, переданная правительством Аргентины 30 марта 1974 года.

^{433/} Информация, переданная правительством Республики Вьетнам 21 марта 1974 года.

Дарение органа не является исключением, ибо все участники выполняют те же обязательства. Острота этого чувства особенно усиливается в случае пересадки почки от живого донора, обычно являющегося близким родственником пациента. Сопутствующая операции эмоциональная травма, независимо от того, была ли сделана пересадка, может быть серьезной для доноров, реципиентов и других членов семьи. Благодаря тому, что работники хирургических отделений, занимающиеся трансплантацией, очень четко осознали эмоциональные последствия удаления органа, они могут отказать донору по психологическим мотивам, если имеются опасения, что в данной семье донорство свяжет дарителя с реципиентом нестерпимыми отношениями зависимости, доминирования или благодарности".434/

Уже упоминалось, что, как правило, доноры получают моральное удовлетворение от своего поступка. Говоря о донорах почек, профессор Гамбургер отметил:

"Мы имели возможность убедиться, что ни один из этих доноров не сожалеет о своем решении, даже если реципиент умер. Например, донор, участвовавшая в трансплантации от сестры к брату, написала длинное письмо, в котором говорилось, что, по ее мнению, сейчас у нее есть нечто большее, чем раньше, ибо отдав почку, она улучшила качество своей жизни. Мы получили несколько подобных писем".435/

О сходном случае рассказывает Дж. Е. Мерей:

"У нас была 14-летняя девочка, отдавшая почку для пересадки своему брату-близнецу. Впоследствии близнец умер. Она жила в маленьком городке на Среднем западе, и подробности были известны всем. Во многих газетных статьях осуждали врача, семью и девочку. Естественно, семья переживала как из-за исхода операции, так и из-за общественного осуждения. Однако, и они, и донор были счастливы, что пошли на это - они чувствовали, что в их жизни что-то прибавилось".436/

434/ Harvard University, Program on technology and society, 1964-1972. A Final Review, (Кембридж, Массачусетс, Гарвардский университет, 1974 г.) стр. 45-46.

435/ Сборник под редакцией В. Волстенхолма и М. О'Коннора, цит. пр. стр. 16.

436/ Там же, стр. 18.

Федерация нейрохирургических обществ заявляет, что "донор не должен иметь никаких прав по отношению к реципиенту".^{437/} Всемирная федерация научных работников отмечает, что "дар не может быть взят обратно".^{438/} М. Босман подчеркивает, что одним из ограничений, устанавливаемых Бельгийским законодательством по трансплантации, является:

"Отсутствие у донора какой бы то ни было возможности получить за отдаваемый им орган плату, размеры которой могли бы обсуждаться либо с врачом лечебного учреждения, который согласился произвести подготовку, консервирование или передачу органа, либо с лицом, которое воспользуется этим органом".^{439/}

В соответствии с итальянским законодательством, любые переговоры о вознаграждении наличными деньгами или натурой, запрещены и аннулируют акт донорства, а те, кто действует в качестве посредника, подвергаются наказанию в виде тюремного заключения и штрафа".^{440/}

Правительство Норвегии приводит следующие соображения:

"Комиссия /подготовившая проект закона от 9 февраля 1973 г./ обсудила вопрос о том, должен ли законопроект включать пункт, запрещающий согласие за плату. Практика покупки и продажи человеческих органов является нежелательной и не может быть одобрена. Однако, было решено оставить вопрос открытым и не вводить уточняющий пункт в законопроект. Могут возникнуть сомнительные промежуточные случаи. Не может быть никаких возражений, если реципиент обещает компенсировать донору потерю заработка или предложит оплатить послеоперационные больничные расходы. Как правило, донор находится в родственных отношениях с реципиентом. Поэтому, было бы трудно определить, /имела ли место/ благодарность, считающаяся обычным явлением в других случаях. Тем не менее, если врач имеет основание подозревать, что имеет место продажа человеческих органов, он должен отказаться признать акт согласия".^{441/}

^{437/} Информация, переданная Федерацией нейрохирургических обществ 16 января 1974 года.

^{438/} Информация, переданная Всемирной федерацией научных работников 5 марта 1974 года.

^{439/} М. Bosman, цит. пр., стр. 5-6.

^{440/} R. Cortesini, цит. пр., Женева, ВОЗ, 1969 г., стр. 18.

^{441/} Информация, переданная правительством Норвегии 15 апреля 1974 года.

В информации, переданной правительствами Украинской ССР и СССР говорится, что

"живой донор, у которого берется орган для пересадки, не имеет послеоперационных прав по отношению к реципиенту".^{442/}

Правительство Соединенного Королевства пишет:

"Донор не имеет прав в отношении реципиента. Если будущий донор или его родственники попытаются ставить условия в отношении использования его органов, маловероятно, чтобы хирург согласился на выполнение операции".

"В прессе появились сообщения о родственниках умерших доноров, пытавшихся получить деньги у реципиентов или их родственников, однако прямые подтверждения этих сообщений получены не были".^{443/}

^{442/} Информация, переданная правительством Украинской ССР 23 октября 1974 г. и информация, переданная правительством СССР 25 июля 1974 года.

^{443/} Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

II. РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНЕ И ПОВЫШЕНИЕ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

1. Вопрос о том, нужно ли использовать передовые медицинские методы продления жизни в отношении некоторых пациентов, в то время как их высокая стоимость ограничивает возможности обеспечения многих менее сложной медицинской помощью или другими социальными благами

304. Созданные за последнее время такие радикальные методы лечения, как пересадка органов и гемодиализ, которые продлевают жизнь людям, страдающих от неизлечимой болезни, являются очень дорогостоящими и для их применения необходимы многочисленные кадры специально обученного персонала. В отчете министерства здравоохранения, образования и социального обеспечения Соединенных Штатов предвидется, что ежегодные затраты по терапии неизлечимых болезней почек к 1980 г. могут достигнуть одного миллиарда долларов.^{444/} Было подсчитано, что если бы в Англии всем новым пациентам, страдающим от почечной недостаточности, немедленно сделать операцию по пересадке почки стоимостью в одну тысячу фунтов стерлингов каждая, то годовой счет составил бы приблизительно 2,5 миллиона фунтов стерлингов. Затраты по обеспечению всех диализаторами через 20 лет составили бы примерно 30 млн. фунтов стерлингов в год, причем штат, составляющий более 10 тысяч человек, занимался бы обслуживанием 23 тысяч пациентов.^{445/} Один французский экономист подсчитал, что в настоящее время стоимость лечения всех, нуждающихся в гемодиализе, уже равняется стоимости всех остальных медицинских услуг во Франции, вместе взятых.^{446/} Поэтому вышеуказанные методы не могут применяться в отношении всех больных, которые в них нуждаются, и возникает вопрос, должны ли они вообще применяться за счет менее сложного медицинского обслуживания для многих.

305. Эта проблема подвергается широкому обсуждению и изучению во многих частных и государственных учреждениях различных стран. Вот наиболее типичные вопросы: какой ответ дадим на моральную и экономическую

^{444/} Lawrence K. Altman, "Costs of kidney therapy: two fundamental questions raised", *New York Times*, 23 January 1973.

^{445/} Gerald Leach, *The Biocrats: Implications of Medical Progress*, пересмотренное издание (Хармондсворт, Мидлсекс, изд. "Пенгвин", 1972 г. стр. 258.

^{446/} Alfred Pletscher, "Roche and human problems of biomedical progress". *The Challenge of Life, Biomedical Progress and Human Values*, Roche Anniversary Symposium, Базель, 31 августа - 3 сентября 1971 г., Базель и Штутгарт, 1972 г., стр. 27.

дилему, поставленную перед нами наиболее выдающимися успехами биомедицинских наук? Разве можно оправдать методы лечения, которые обходятся слишком дорого как с финансовой точки зрения, так и в области людских ресурсов, в мире, в котором свирепствует голод, излечимые болезни остаются нелечеными, в котором миллионам недоступно элементарное медицинское обслуживание. Устарела ли клятва Гиппократа из-за того, что дальнейшее применение этических принципов противоречит другим требованиям человеческого общества, имеющим, экономический характер? Следует ли ограничить затраты на лечение менее серьезных болезней, от которых страдают многие, в пользу создания мощных фондов, предназначенных для лечения опасных болезней меньшего числа людей?^{447-448/} Стоят ли продление жизни и частичное выздоровление тех неудобств, психологического напряжения, продолжительного пребывания в больнице, колоссальных затрат и отвлечения значительной части больничного персонала, в то время как другие пациенты нуждаются в помощи? Можем ли мы позволить себе тратить 75 000 долларов на одну пересадку сердца или 15 000 долларов на пересадку почки, когда тысячи детей ежегодно умирают от недоедания?^{449/} Являются ли эти достижения современной хирургии — трансплантаты и искусственные органы — непомерно расточительными попытками избежать смерти, требующими использования и без того немногочисленных и дорогостоящих профессиональных кадров, когда они могут найти лучшее применение в другом месте?^{450/} Стоим ли мы перед выбором между исследованием в области создания искусственного сердца для престарелых и предотвращения ревматизма сердца у молодых? Между диализаторами и районными поликлиниками? Сколько человек могло бы получить очки, слуховые аппараты, или обслуживание у зубного врача за те деньги, которые тратятся на одну пересадку сердца или почки?^{451/} Учитываются ли права общества, если не хватает врачей, денежных средств и больничных

^{447-448/} Там же.

^{449/} Francis D. Moore, Transplant, the Give and Take of Tissue Transplantation, quoted in William A. Holen, "Most of us see only the surgical tip of the iceberg", New York Times Book Review,

5 марта 1972 года.

^{450/} Gerald Leach, цит. пр., стр. 341, 271.

^{451/} Who Shall Live? Man's Control over Birth and Death - Report Prepared for the American Friends Service Committee (New York, Hill and Wang, 1970) (hereinafter referred to as "Who Shall Live?"), page 25.

коек, которые в то же время используются для поддержания жизни неизлечимых больных? Может ли общество оправдать дорогостоящее лечение при наличии других неотложных нужд в медицинской помощи?^{452/}

306. Мнения ученых, пытавшихся разрешить эти проблемы расходятся.

307. Врачи, в частности, использующие радикальные медицинские методы, обычно оправдывают их применение в лечении пациентов. Профессор Амитай Эциони вместе со своими коллегами из Центра исследования в области страхования провел опрос двухсот врачей города Нью-Йорка по этому вопросу. Вот его вывод:

"Изучение той роли, которую финансовая сторона лечения играет для врачей, показывает, что большинство врачей мало озабочено стоимостью лечения для пациента, особенно, если за него платит страховая компания, и меньше всего, когда оплату производит государство. Моральная позиция большинства врачей, такова, что раз им доверили здоровье их индивидуальных пациентов, никакие другие соображения не могут иметь места".^{453/}

308. По вопросу о диализаторах доктор Блумгарт пишет:

"В Соединенных Штатах приблизительно от 6 до 8 тысяч пациентов, страдающих от уремии, могли бы пользоваться этим видом лечения, хотя имеющейся аппаратуры достаточно лишь на тысячу. Создание национальной сети центров лечения обойдется в 25 000 долларов или больше на одного больного в год, учитывая что в настоящее время 7 000 пациентов нуждаются в лечении, и что необходимо расширить подготовку персонала. Если сюда включить пациентов с острой болезнью почек, то число людей, нуждающихся в диализе, может достигнуть 40 000, при затратах от 10 до 15 тысяч долларов на пациента. Предоставление достаточных средств на лечение всех нуждающихся в нем может вызвать необходимость пожертвовать другими социальными благами".^{454/}

^{452/} Jane E. Brody and Edward B. Fiske, "Ethics Debate Set off by Life Science Gains", New York Times, 23 марта 1971 года.

^{453/} -Amitai Etzioni, The Genetic Fix, Нью-Йорк, Макмиллан, 1973 г., стр. 117.

^{454/} Herrman L. Blumgart, "The medical framework for viewing the problem of human experimentation", Ethical Aspects of Experimentation with Human Subjects, Daedalus, весна 1969 г., стр. 264-265.

309. В исследовании, подготовленном рабочей группой Комитета служения американских квакеров говорится:

"Средства на медицинские нужды и медицинские исследования не являются неограниченными. Одна пересадка сердца стоит от 20 до 50 тысяч долларов; пересадка почки стоит приблизительно 10 000 долларов. Чтобы купить искусственные почки, необходимые для продления жизни жертв почечной недостаточности, необходимо потратить 30 миллионов долларов. Правительство увеличило ассигнования на усовершенствование методов "искусственного сердца", на что потребуются многие миллионы. Каждую из этих затрат можно оправдать".455/

Однако в докладе подчеркиваются другие нужды, соответствующие интересам большего числа людей и на удовлетворение которых могли бы пойти эти деньги.456/ Далее следует:457/

"Необходимость проведения медицинских исследований и экспериментов не вызывает сомнений. Но и здесь также нужно сделать выбор. Значительная часть фондов и средств, идущих на медицинские исследования, в последние годы вкладывалась в усилия, направленные на продление жизни старых или умирающих и на поиски лекарств против определенных болезней, главным образом у пожилых. Ценность каждой из этих программ определяется благом человека. Но остается проблема: как разделить средства, идущие на медицинские исследования, между нуждами пожилых и более молодых так, чтобы улучшить качество жизни для всех?

"В этой связи перед нами возникает ряд глубоких социальных и моральных соображений. Желательно ли продолжать увеличивать срок жизни населения? До каких пределов? Если можно было бы добиться того, чтобы люди жили больше 100 лет, стоит ли это делать? Принесут ли эти дополнительные годы удовлетворение и будут ли они продуктивными с точки зрения индивидуума, его семьи и общества? Или же мы просто приблизим опасность неуклонного возрастания количества несчастных людей, усложняя проблему уже и без того перегруженного общества, и усугубляя кризис перенаселенности?

455/ Who Shall Live? p. 74.

456/ См. выше 305 и примечание 451.

457/ Who Shall Live? p. 76.

Стоит ли тратить дополнительные миллионы на то, чтобы продлить жизнь старых, или же средства должны тратиться на улучшение качества жизни, не пытаясь изменить уже достигнутой продолжительности жизни?

310. Выступая на 8-ом заседании "Круглого стола", доктор Гелхорн говорил о роли искусственного сердца:

"Подсчитано, что каждая установка может быть изготовлена примерно за 25 000 долларов (1973 г.) и что в США каждый год будет не менее 50 000 кандидатов, что обойдется в 1,25 миллиарда долларов в год. В большинстве случаев стоимость искусственного сердца будет не по карману индивидуальному пациенту, и, следовательно, эта программа будет в основном, если не полностью, финансироваться за счет налогоплательщиков. 1,25 миллиарда долларов — это жалкие гроши по сравнению с затратами на военные нужды, но если часть валового продукта страны предназначена на здравоохранение, то стоимость каждой программы должна определяться по степени важности". 458/

311. На семинаре Организации Объединенных Наций по реализации экономических и социальных прав, записанных во Всеобщей декларации прав человека, состоявшемся в Варшаве в августе 1967 г., указывалось, что в планах, которые должно составлять и выполнять государство с целью поощрения экономических и социальных и культурных прав, могут содержаться решения, оказывающие предпочтение одним группам и индивидуумам перед другими в области медицины. 459/

312. Доктор Дуайт Харкен считает, что важнее заботиться о большем количестве менее безнадежно больных пациентов:

"... взвешивая использование значительных средств, идущих на несколько операций по пересадке, против обязанности лечить больных и развивать методику хирургии на сердце, ... я предпочел бы лечить большое количество людей, пытаюсь усовершенствовать протез сердечного клапана, венозное кровообращение, а также искусственное кровообращение". 460/

458/ Alfred Gellhorn, *Advances in medical technology: their moral and ethical implications*", 8-ое заседание "Круглого стола", цит. пр., стр. 250.

459/ Сообщение семинара, ST/TAO/HR/31, § 54.

460/ Ср. Herrman L. Blumgart, цит. пр., стр. 266.

313. Доктор Джордж Е. Шрейнер полагает, что врачам не следует тратить деньги налогоплательщиков на поиски новых дорогостоящих видов лечения:

"Медицинские исследования не имеют логического оправдания, если их плоды не предназначаются для тех, кто в них нуждается. Американцы, например, тратят сотни миллионов долларов на борьбу с группой болезней, известных под общим названием "рак". Теперь пришло время американцам задаться вопросом, хотят ли они тратить деньги на то, чтобы иметь возможность вручить такое лекарство - если оно когда-нибудь будет найдено - десяткам миллионов жертв, ибо накопленные в настоящее время медицинские знания ясно указывают, что лекарство от рака не будет состоять из таблеток стоимостью в 10 центов. Это будут такие методы лечения, которые обойдутся пациенту в тысячи долларов".^{461/}

314. Доктор Рене Дюбо, бактериолог Рокфеллеровского университета в Соединенных Штатах Америки, считает, что не следует расстраиваться из-за нескольких сот операций по пересадке органов, в то время как каждый день в Нью-Йорке 30 000 детей подвергаются опасности остаться на всю жизнь калеками из-за свинцового отравления, и никто по этому поводу ничего не делает".^{462/}

315. На симпозиуме, посвященном памяти Роша, лорд Цукерман заявил:

"Ни один человек в здравом рассудке не может предположить, что в этом мире, где большинство стран борются с ростом населения, угрожающим их экономическому и социальному развитию ... средства, которых они требуют, оправдывают такие крайности хирургической практики, как методы, подобные пересадке сердца. Достигнутые успехи служат интересам энтузиастов медицины и науки, а не интересам народа, социологов или правительства ... Вообще говоря, было бы в интересах большинства, если бы сначала решались менее возвышенные проблемы, равно как и общество сделалось бы здоровее, если бы мы были в состоянии успешно решать более простые вопросы ... В самом деле, если бы прекратить все новые медицинские исследования и освободившиеся средства направить на дальнейшее применение уже имеющихся знаний, можно было бы добиться огромных достижений в здравоохранении во всем мире".^{463/}

^{461/} Lawrence K. Altman, цит. пр.

^{462/} Jane E. Brody and Edward B. Fiske, цит. пр.

^{463/} Lord Zuckerman, "The doctor's dilemma", The Challenge of Life: Biomedical Progress and Human Values, Roche Anniversary Symposium (Basel, Birkhauser Verlag, 1972), pp. 430, 432.

316. Оценивая рентабельность радикальных медицинских методов Джеральд Лич пишет:

"Хотя традиционная медицина наибольшие усилия направляла на продление жизни ... часто менее эффективные задачи были бы гораздо важнее с точки зрения здоровья и богатства общества".

"Что касается рентабельности, то это лишь критерий, служащий для определения будущих исследований, а не для запрещения существующих методов ... Никто не предлагает на этом основании предписывать врачам не проводить исследования и не лечить опасно больного пациента, потому что это будет стоить слишком дорого. Никто не говорит о сокращении существующих программ, подобных диализаторам, исходя из тех же соображений. Никто не говорит о прекращении исследования в той или иной области. Принцип рентабельности лишь помогает решить, в какую сторону должны быть направлены наши будущие усилия в области медицинского обслуживания и исследования". 464/

317. Некоторые правительства дают положительный ответ на вопрос: оправдано ли применение новейших методов лечения. Правительство Люксембурга указало, что "врач не имеет права руководствоваться экономическими соображениями в своих решениях относительно вида операции или лечения". 465/

318. Правительство Румынии считает, что применение самых современных методов является оправданным, а иногда необходимым. Финансовые трудности, особенно в развивающихся странах, могли бы быть разрешены с помощью международных фондов, которые могли бы быть созданы государствами. В этой области необходимо организованное международное сотрудничество из-за возможных неотложных случаев. Хотя в настоящее время использование новейших методов лечения еще не является широким, необходимо создать с этой целью специальные центры в заинтересованных странах и выделить средства на покрытие расходов, связанных с их применением. 466/

464/ Gerald Leach, цит. пр., стр. 353-352.

465/ Информация, переданная правительством Люксембурга 16 марта 1974 года.

466/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

319. В информации, переданной правительством Союза Советских Социалистических Республик, говорится:

"Граждане СССР имеют равные права, независимо от их национальности, расы или места проживания, во всех областях экономической, административной, культурной, общественной и политической жизни, включая бесплатную квалифицированную общедоступную помощь, исходящую от государственных учреждений здравоохранения". 467/

320. В информации, переданной правительством Соединенного Королевства, содержится следующая выдержка:

"В Соединенном Королевстве лишь региональная администрация здравоохранения принимает решения о распределении фондов на различные нужды здравоохранения в своих районах, а врачи принимают индивидуальные решения, каких пациентов лечить и как, разумется, в пределах имеющихся возможностей. Вообще дорого стоящие методы не отклоняются из-за их стоимости, если известно, что они окажутся эффективными. Многие медицинские методы, впоследствии применявшиеся при лечении большого количества пациентов за умеренную плату, созданы на основании передовых и первоначально дорогостоящих методов, которые сначала были доступны лишь сравнительно небольшому числу пациентов". 468/

321. Правительство Аргентины заявляет:

"Принцип соотношения личных прав и прав коллективных должен определяться политикой страны по данному вопросу; поведение в каждом индивидуальном случае будет зависеть от имеющихся ресурсов и от возможности выбора". 469/

467/ Информация, переданная правительством Союза Советских Социалистических Республик 25 июля 1974 года.

468/ Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

469/ Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

322. В информации, переданной правительством Норвегии, содержится следующая выдержка:

"Дискуссия по этому вопросу в последние годы стала весьма актуальной в Норвегии, где можно наблюдать, как бюджеты различных учреждений народного здравоохранения угрожают перейти все предусмотренные пределы. Однако, по-видимому, все еще далеко до того времени, когда будет возможно создать в этой области управляющий и контролирующий аппарат, если будет принято решение о желательности такого соглашения. Вероятно, здесь международное сотрудничество является абсолютной необходимостью".470/

323. В информации, переданной правительством Шри Ланка, отмечается, что диализаторы не применяются для больных, страдающих хроническим нефритом. Мы стоим за методы, которые помогут многим".471/

324. Всемирная Организация Здравоохранения дает следующую оценку проблемы:

"Широкому обсуждению подвергся вопрос о том, является ли рентабельной операция, которая стоит очень дорого из-за использования обученного персонала и дорогостоящего оборудования и может принести благо лишь нескольким пациентам. Высказывается мысль о том, что гораздо большее число людей могло бы получить менее сложное и значительно более доступное медицинское обслуживание за те же деньги. Нельзя отрицать, что не столь сложные методы должны применяться как можно шире, но вся история биомедицинской науки показывает, что достижения, которые в конечном счете принесут пользу всем, сначала неизбежно испытываются на очень малой части нуждающихся".472/

470/ Информация, переданная правительством Норвегии 15 апреля 1974 года.

471/ Информация, переданная правительством Шри Ланка 5 марта 1974 года.

472/ E/CN.4/1173/, стр. 24.

2. Критерии, используемые при выборе реципиентов (если таковые имеются), по отношению к которым применяются передовые медицинские методы продления жизни, а также при выборе реципиентов органов, предназначенных для трансплантации, когда их количество недостаточно

325. Поскольку радикальные медицинские методы могут применяться лишь по отношению к немногим, из-за их крайней дороговизны, в условиях, когда имеется лишь небольшое количество доноров и центров, где производятся операции по пересадке, а имеющееся количество диализаторов в состоянии обслужить лишь небольшую часть нуждающихся, возникает серьезная дилемма, связанная с выбором и принятием пациентов. Необходимо ответить на следующие вопросы: как отбираются пациенты, жизнь которых предстоит спасти? По какому принципу назначается дорогостоящее лечение? ^{473/} Как можно надлежащим образом использовать ограниченный запас органов ввиду огромной нужды и спроса? ^{474/} При каких условиях можно считать, что пациент морально вправе принять жертву, предлагаемую донором? ^{475/} По какому принципу отбираются "достойные лечения"?

326. "Предназначаются ли диализаторы или органы, — спрашивает доктор Флетчер, — для самых тяжелых больных или для тех, кто подает большую надежду на выздоровление; для тех, чья очередь раньше; для самых "ценных" пациентов (учитывая богатство, образование и т.д.); для тех, чья семья больше; в первую очередь для женщин и детей; для тех, кто в состоянии платить; или следует платить; или следует бросать жребий, отказавшись от каких бы то ни было суждений?" ^{476/} Кто будет жить, кому предстоит умереть и кто должен решать? ^{477/}

327. Подчеркивая трудность решения этой проблемы, профессор Амитай Эци-они пишет:

"Проблема значительно более сложна, чем принятие решения выключить аппарат по поддержанию процесса жизнедеятельности, который искусственно продлевает существование неизлечимого больного, коматозного тела, хотя даже и на такое решение многие врачи идут с большими

^{473/} Lawrence K. Altman, "Artificial Kidney Use poses Awesome Questions", New York Times, 24 October 1971.

^{474/} Jane E. Brody and Edward B. Fiske, цит. пр.

^{475/} News Bulletin of the International Federation of Surgical Colleges, No.7 (May 1967), furnished by the Federation (далее упоминается как "News Bulletin"), стр. 27.

^{476/} J. Fletcher, "Our Shameful Waste of Human Tissue", in D.R. Cutler, ed., The Religious Situation, 1969 (Boston), p. 252.

^{477/} Gerald Leach, цит. пр., стр. 258

сомнениями. Принять решение о том, кому выдать орган и, следовательно, предоставить полную возможность вести нормальную жизнь, и кому отказать, т.е. обречь на смерть, так же мучительно, как принять решение на тонущем корабле, когда спасательных лодок нехватает на всех пассажиров. Однако, решения, принимаемые в медицине, более трагичны, потому что смертность поддается предсказанию".^{478/}

328. Возникает вопрос, можно ли дать умереть одному человеку, чтобы спасти жизнь другого?

"Предположим, у вас есть безнадежно больной пациент, жизнь которого поддерживается с помощью машины - единственной имеющейся в вашем распоряжении - и к вам поступает другой пациент. У него есть хорошие шансы вылечиться, но для этого ему нужна машина. Передадите ли вы ему эту машину? И если да, можно ли считать, что вы убили своего пациента, лишив его машины? Каждый хочет включить машину, - сказал священник Грейнджер Е. Вестберг, - но никто не хочет ее выключить. Для принятия этого решения врачи нуждаются в некоторой помощи".^{479/}

329. Доктор Блумгарт отметил, что "в соответствии с современной практикой выбор больных, которым будет сделана операция, часто является произвольным и в значительной степени зависит от их платежеспособности. Многие пациенты просто не в состоянии оплатить лечение радикальными медицинскими методами, за исключением тех случаев, когда они богаты, на них распространяются специальные льготы или в той местности, в которой они живут, власти помогают им оплатить дорогостоящее медицинское обслуживание".^{480/} В этой связи доктор Белдинг Х. Скрибнер подчеркнул, что дорогостоящие виды лечения "не реальны, если для того, чтобы на вас распространялись государственные льготы, вам нужно продать дом и уйти с работы. В некоторых штатах больные отказывались от лечения, совершая таким образом самоубийство, но не желая становиться нищими и попасть таким образом в категорию людей, которым государство оказывает помощь ... Чтобы избежать этого, штаты Вашингтон и Мериленд пересмотрели определение тех случаев, когда нуждающийся имеет право на государственную помощь для медицинского обслуживания".^{481/}

^{478/} Amitai Etzioni, цит. пр., стр. 26.

^{479/} Albert Rosenfeld, *The Second Genesis: the Coming Control of Life*, (New York, 1969), p. 8.

^{480/} Herrman L. Blumgart, цит. пр., стр. 264.

^{481/} G. Lawrence K. Altman, цит. пр.

Изучая проблемы, связанные с установкой искусственного сердца, комиссия, состоящая из американских специалистов в различных областях медицины, подчеркнула, что "право на такую операцию не должно основываться на платежеспособности".^{482/}

330. Большинство ученых согласно, что отбор пациентов должен производиться в первую очередь на основании медицинских соображений.

Джеральд Лич пишет:

"Может показаться, что самый справедливый принцип выбора должен основываться на системе очередности, но, к сожалению, всякий, находящийся во главе очереди, будет обладать большим стажем почечной болезни по сравнению с вновь прибывшими и, вероятно, его медицинское состояние будет хуже. Только из-за недостатка машин и необходимости их использования для пациентов, имеющих больше шансов а) на жизнь в течение более длительного периода и б) на вызывание с наименьшим физическим или эмоциональным потрясением, выбор должен быть произведен в первую очередь на основании медицинских соображений. Большинство врачей сужают выбор, рассматривая лишь кандидата в возрастном диапазоне от периода наступления половой зрелости до 55 лет, не страдающих какой-нибудь другой серьезной болезнью... Исходя только из медицинских соображений (учитывая или не учитывая психологическую сторону), врачи почти всегда могут выбрать естественного победителя... не испытывая никакой необходимости принимать во внимание трудные социальные критерии. Если они не могут, вряд ли будет трудно сузить медицинские критерии и предложить коллегам исходить из них и только из них, в то время как врачи ничего не знают о других сторонах жизни пациента".^{483/}

331. В своем докладе для Конференции по вопросам этики и законодательства, связанным с трансплантацией органов, организованной Фондом Сиба, доктор Г.Э. де Варденер (Медицинский институт при больнице Черинг Кросс, Лондон) пишет:

"После того, как мы решили, что у нас есть место, мы начинаем выбирать "подходящего" пациента из тех, о которых нам станет известно, если, конечно, таковой уже не находится у нас на излечении. Такой пациент должен обнаруживать признаки постепенного ухудшения,

^{482/} Albert R. Jonsen, "The totally implantable artificial heart", The Hastings Center Report, vol. 3, No. 5 (November 1973), p. "

^{483/} Gerald Leach, цит. пр., стр. 258.

несмотря на диету с низким содержанием протеинов. Слово "подходящий" является удобно растяжимым понятием. В этой связи можно было бы не без основания сказать, что любой пациент с окончательной почечной недостаточностью является подходящим пациентом для гемодиализа. Однако ввиду недостатка в оборудовании мы должны делать выбор, и большинство из нас в нашем выборе останавливается на пациентах в возрасте между половой зрелостью и менопаузой, у которых отсутствуют другие болезни или одно общее заболевание, при котором диализ был бы неэффективен. Большинство из нас не приступило бы к лечению умирающего пациента или пациента в предсмертном состоянии. Очевидно, что понятие "подходящий" обусловлено целым рядом факторов. Некоторые из них непосредственно связаны с удобством и благосостоянием пациента. Например, эти методы не применяются к детям, так как было обнаружено, что если лечение диализом начать до переходного возраста, то половая зрелость может не наступить. Однако, большинство факторов, влияющих на решение о пригодности пациента, связаны с вероятностью его длительной жизни после начала лечения. Например, пациент в возрасте 60 лет, который, кроме почечной недостаточности, страдает от диабета или перенес инфаркт миокарда, считается менее пригодным, чем молодой человек, страдающий только почечной недостаточностью". 484/

332. В докладе У-ой Бетесдской конференции Американского кардиологического колледжа содержится следующая выдержка:

"При выполнении операций по пересадке сердца, печени или почки, а также при использовании искусственной почки, возникает серьезный вопрос о распределении имеющихся в недостаточном количестве средств спасения жизни. По аналогии с другими ситуациями сердце должно достаться тому пациенту, который способен извлечь из операции наибольшую пользу, т.е. у которого вероятность успешной пересадки является наибольшей; в каждом случае на решение должны влиять медицинские критерии. В то время как этические, социальные, экономические, юридические и теологические соображения

484/ H.E. de Wardener, "Some ethical and economic problems associated with intermittent haemodialysis", in G. Wolstenholme and M. O'Connor, eds., Law and Ethics of Transplantation, a Ciba Foundation Blueprint (London, J. and A. Churchill Ltd., 1968), pp. 107-108.

неизбежно оказывают влияние на решение врача, оно (решение) должно полностью учитывать все имеющиеся факторы потенциального успеха трансплантации. В каждом отдельном случае решение принимается ответственным за лечение врачом".^{485/}

333. Значение медицинских критериев также признали: Поль А. Фреинд, профессор Гарвардского университета, который обратил внимание на "способность извлечь пользу из лечения и не поддаваться болезненным осложнениям"^{486/}; доктор Скрибнер, который, в частности сказал, что "человек, подвергающийся лечению диализом, должен быть моложе 40 лет и иметь здоровую сердечно-сосудистую систему"^{487/}; доктор Г.Е. Шрейнер, который считает, что "при лечении пациента, страдающего от уремии, следует действовать "исходя из предположения, что можно получить максимальную пользу"^{488/}; Генри Миллер, который считает, что доктор "должен руководствоваться главным образом клинической вероятностью благоприятного исхода";^{489/} доктор С.А. Ричард, указывающий на "области, дающие лучшие или худшие шансы на успех" и на "возможную совместимость в донором"^{490/} и доктора А. де Конинк, П. Дор и Дж.Р. Фагнарт, по мнению которых "решение сделать больному пересадку почки должно основываться на медицинских критериях".^{491/}

334. Также отмечается, что при выборе пациента для лечения радикальными медицинскими методами следует учитывать психологическую сторону. Доктора А. де Конинк П. Дор и Дж.Р. Фагнарт считают, что медицинские критерии в широком смысле этого термина включают также и психологические. Доктор Блумгарт пишет:

"Напряжение, которое переживают пациенты и их супруги, выполняющие диализные процедуры в домашних условиях, велики. Депрессия,

^{485/} Cardiac and other Organ Transplantation in the Setting of Transplant Science as a National Effort: Fifth Bethesda Conference of the American College of Cardiology (New York, 1968), p. 15.

^{486/} Paul A. Freund, "Introduction to the issue Ethical Aspects of Experimentation with Human Subjects", Daedalis, Spring 1969, p. xiii.

^{487/} Cf. G.E. Schreiner, "Problems of ethics in relation to haemodialysis and transplantation", in G. Wolstenholme and O'Connor, цит. пр., стр. 128.

^{488/} Там же, стр. 127-128.

^{489/} Henry Miller, цит. пр., стр. 65.

^{490/} News Bulletin, p. 31.

^{491/} Drs. A. de Coninck, P. Dor and J.R. Fagnart, цит. пр., стр. 17

беспокойство, безысходность, подавленная враждебность и конфликты довольно часто порождают серьезные кризисы и неурядицы. Эти эмоциональные и личные факторы являются важным соображением при выборе реципиентов". 492/

335. Доктор Х.Е. де Уорденер считает, что отбираемые пациенты должны быть психически здоровыми и проявлять готовность к содействию". 493/ В этой связи приводится случай с 19-летней девушкой, которая в течении 17-месячного лечения с применением диализатора поступала в больницу девять раз и провела там в общей сложности 8 месяцев. Лечение этой девушки методом периодического диализа потерпело полный провал, потому что она была неправильно выбрана. У нее не хватало ни ума, ни силы воли придерживаться сколько-нибудь строгой диеты. У доктора Давида Кера, лечившего больную, создалось впечатление, что почти половина пациентов с почечной недостаточностью, посещающие его клинику, были бы такими же неподходящими кандидатами для этого вида лечения, и что клиника оказалась бы в тяжелом положении, если бы у нее появилась техническая возможность удовлетворить всех приходящих. Поэтому одним из важнейших критериев при выборе пациента он сделал "испытание судом божьим" строгой диеты. Кандидатам устанавливали диету, которая продолжалась несколько месяцев, после чего они могли получить диализатор. Если они не были в состоянии придерживаться диеты, им отказывали. 494/

336. Другие врачи подчеркивают важное значение психической устойчивости, эмоциональной зрелости и решимости извлечь пользу из лечения. Доктор Шелдон подчеркнул необходимость таких требований, как эмоциональный стоицизм, самообладание и средние умственные способности. Более развитых пациентов часто очень трудно обучить из-за их нежелания принять неестественные аспекты метода и часто проявляемого крайнего беспокойства; пациенты, умственные способности которых ниже среднего, часто ненадежны и безответственны настолько, что это ставит под угрозу их жизнь. 495/

337. Серьезная проблема возникает и тогда, когда есть несколько или много пациентов, удовлетворяющих медицинским критериям радикального лечения. В этом случае, возможно, придется сделать попытку суждения о человеческой ценности пациентов. "Вопрос критериев, применяемых при выборе сравнительно небольшого числа пациентов, - отмечает ВОЗ, -

492/ Herrman L. Blumgart, цит. пр., стр. 265.

493/ H.E. de Wardener, цит. пр., стр. 107.

494/ Cf. Gerald Leach, цит. пр., стр. 261-262.

495/ Там же, стр. 263.

является трудным. Даже в наиболее развитых странах неизбежно возникает ситуация, когда приходится делать выбор между несколькими пациентами для лечения с использованием крайне дорогой стоящей аппаратуры, количество которой ограничено.^{496/}

338. Доктор Х.Е. де Уорденер^{497/} и доктор С.А. Ричард отмечают, что в таких случаях врачи предпочитают лечить пациентов, у которых есть малолетние дети.^{498/} Также принимаются во внимание такие факторы, как социальная полезность пациента, его ответственное положение,^{499/} способствует ли он экономическому процветанию общины, ходит ли он в церковь, женат ли.^{500/} Но существует мнение, что эти критерии являются ненадежными. Доктор Г.Е. Шрейнер пишет:

"При любом изменении статуса пациента создается положение, довольно затруднительное с философской точки зрения. Если вы действительно верите в право общества принимать решения относительно медицинской пригодности, основываясь на этих критериях, то вы должны быть логичны и признать, что если человек перестает ходить в церковь, разводится или теряет работу, его следует снять с программы, заменив кем-нибудь, кто соответствует этим критериям. Ясно, что никто не согласится с этим логическим выводом".^{501/}

В связи с этим Джеральд Лич отмечает:

"Что касается меня, то я хотел бы, чтобы эти принципы строились на концепции человеческой, а не интеллектуальной или экономической утраты. Смерть человека, имеющего малолетних детей, каким бы "неполноценным" он ни был, является большей утратой, чем смерть великого поэта или премьер-министра, хотя последних может оплакивать (на более низком уровне) в миллион раз большее число людей. Кроме того, и на это, кажется, еще никто не обращал внимания, поэт или премьер-министр — или любой другой отобранный на основании его потенциальной ценности для общества, а не для семьи — по всей вероятности, может потерять свою ценность, когда начнется лечение диализатором. Стоит ли спасать премьер-министра, чтобы он мог сделаться рядовым членом парламента?"^{502/}

^{496/} E/CN.4/1173, стр. 24.

^{497/} H.E. Wardener, цит. пр., стр. 102.

^{498/} News Bulletin, стр. 31.

^{499/} Henry Miller, цит. пр., C.A. Richard, цит. пр.

^{500/} G.E. Schreiner, цит. пр., стр. 128.

^{501/} Там же.

^{502/} Gerald Leach, цит. пр., стр. 261.

Всемирная Федерация научных работников считает, что жизнь "определенных людей, наделенных особыми качествами ... исключительных людей, находящихся в процессе выполнения работ, направленных на благо всего человечества" должна быть продлена.^{503/}

339. Комиссия, рассматривавшая последствия применения полностью оживляемого искусственного сердца (ПВИС) пришла к выводу, что применение так называемых "критериев общественной ценности" в качестве этических критериев имеет серьезные недостатки. Была сделана рекомендация пользоваться "медицинскими критериями", помогающими определять пациентов, применение к которым ПВИС даст наибольший терапевтический эффект. Признавая, что вопрос о социальной ценности часто влияет на медицинское суждение, комиссия призвала стараться всячески уменьшить это влияние.^{504/}

340. В уже цитированной книге Джеральда Лича сказано:

"Не так давно несколько человек предложили производить отбор с помощью лоторей. Хотя это устранило бы всякую субъективность решения с привлечением таких понятий как "ценность", тем не менее, это была бы самая несправедливая система, которую можно себе представить. Производить отбор одних людей за счет других, это своего рода отречение от человеческого сочувствия и ответственности".^{505/}

341. В настоящее время отбор пациентов для операций по пересадке сердца и других методов продления жизни производится врачами и больничной администрацией, в руках которых находится лечение этих больных. Ответственность за решение обычно принимает на себя главный врач при участии небольшой комиссии или без нее. Чтобы разделить ответственность, в некоторых больницах существуют непрофессиональные и медицинские комиссии, рассматривающие заявления потенциальных пациентов, как, например, непрофессиональная комиссия, основанная в Сиэтле в 1960 г. доктором Скрибнером.^{506-507/}

342. Относительно таких комиссий ведется множество споров. Амитаи Эциони, один из сторонников таких комиссий, считает, что "непонятно,

^{503/} Информация, переданная Всемирной Федерацией научных работников 5 марта 1974 года.

^{504/} Albert R. Jonsen, цит. пр., стр. 3.

^{505/} Gerald Leach, цит. пр., стр. 260.

^{506-507/} G.E. Schreiner, цит. пр., стр. 128.

почему индивидуальное мнение врача относительно общественной полезности должно преобладать над мнением самого общества", ибо он подозревает, что "для многих врачей кинозвезда обладает большей ценностью, чем профессор, "кормилец" более ценен, чем бездетная домашняя хозяйка, а белый представитель средних слоев общества, подобный им самим, обладает большей ценностью, чем большинство других людей. Отсюда возникает реальная необходимость в том, чтобы общество сформулировало свои требования, что и делается на уровне комиссии, которая решает, кто должен получить почечный диализ".^{508/} С другой стороны, доктор Г.Е. Шрейнер считает, что "это лишь способ переложить ответственность на людей, которые по своему опыту и образованию, в сущности, менее подготовлены взять на себя такую ответственность, чем врач, под чьим наблюдением находится пациент".^{509/} Доктор Х.Е. де Ворденер придерживается того же мнения.^{510/} В связи с этим Джеральд Лич пишет:

"Сегодня большинство врачей не задумываясь отказываются от использования таких комиссий, и не без основания. Небольшая комиссия неизбежно будет отражать предубеждения ее членов, полицейский отдает предпочтение столпам общества и т.д. Кто выбирает выбирающих? С другой стороны, большая комиссия, даже если она и сгладит эти пристрастия, становится полностью неработоспособной. Но самое главное, существует непреодолимая проблема, состоящая в том, что каждого кандидата должен рекомендовать комиссии кто-нибудь знающий все его общественные и медицинские обстоятельства, и поэтому он почти неизбежно передаст членам комиссии собственные пристрастия. Разумеется, этот кто-нибудь - тот врач, которого по замыслу должна заменить комиссия".^{511/}

343. Касаясь роли администрации при отборе пациентов для лечения радикальными методами, на 8-ой конференции "Круглого стола" Эжен Ожале сказал:

"Эта проблема имеет простое решение. Администрация должна ограничиваться предписанием самых общих правил (типа: больные, наиболее способные получить пользу от средств, пока еще недоступных для всех), но дальше не идти и предоставить врачу ответственность в выборе пациентов".^{512/}

^{508/} Amitai Etzioni, цит. пр., стр. 180-181.

^{509/} G.E. Schreiner, цит. пр., стр. 128.

^{510/} H.E. de Wardener, цит. пр., стр. 106.

^{511/} Gerald Leach, цит. пр., стр. 260.

^{512/} Eugène Aujaleu, "Role du pouvoir executif et des organes administratifs dans la responsabilité pour la protection des droits de l'homme", 8-ая конференция "Круглого стола", цит. пр., стр. 292-293.

344-345. В информации, полученной из Аргентины, отмечается:

"Критерии, которые следует учитывать при решении вопроса о применении новых методов лечения или пересадки, касаются: а) реципиента; а1) критерий серьезности положения по сравнению с риском для пациента в том случае, если предлагаемый метод не будет применен; а2) критерий излечимости, касающийся пользы в случае применения метода; а3) критерий безопасности, касающийся риска для пациента в случае применения метода; б) донора; б1) критерий безопасности, касающийся риска нанесения ран, инфекций и повреждений, как физических, так и психических, которые могут явиться следствием удаления органа для пересадки; с) производящего операцию; с1) критерий технической выполнимости; с2) критерий экономической и финансовой осуществимости; с3) критерий первостепенной важности по отношению к другим видам медицинской и санитарной службы". 513-514/

346. Правительство Австрии отмечает:

"Исходя из принципа равной ценности человеческой жизни, важнейшей задачей правительств должно явиться обеспечение всех индивидуумов - независимо от их финансового положения - правом на такое медицинское обслуживание. Отбор среди больных, которые могли бы быть спасены с помощью специальных методов, является неприемлемым. Считается, что нет никаких критериев, которые можно было бы применить с этой целью. В сущности, практическая проблема состоит в том, как обеспечить такой медицинской помощью всех, кто в ней нуждается". 515/

347. Правительство Люксембурга считает, что "это критерии научного и гуманного порядка". 516/

348. Правительство Норвегии отмечает:

"Большинство проблем, предполагающих выбор такого рода, возникает в государственных больницах, которые обязаны следовать

513-514/ Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

515/ Информация, переданная правительством Австрии 21 ноября 1974 года.

516/ Информация, переданная правительством Люксембурга 16 марта 1974 года.

определенным принципам. Нельзя допускать, чтобы такие критерии как пол, социальное положение или раса, принимали к сведению при выборе того, кто получит помощь. Однако, Норвежское законодательство не содержит никаких специальных санкций на случай нарушения этих принципов, когда происходит выбор пациента. Все же возникают некоторые практические соображения против того, чтобы основывать такой выбор на принципе абсолютного равноправия. Например, возраст может играть какую-то роль в качестве критерия при выборе". 517/

349. Правительство Республики Вьетнам утверждает:

"Установить критерии крайне трудно. Свою роль играют социальные, экономические и эмоциональные факторы. Впрочем, критерии, имеющие ценность в одних странах, теряют ее в других". 518/

350. Правительство Румынии считает, что передовые методы лечения должны предназначаться в первую очередь для молодежи и для людей, пользующихся уважением или наделенных определенными творческими возможностями, как например, прославленный изобретатель, ученый или государственный деятель. 519/

351. Правительство Швеции считает, что

"Когда возникает вопрос, кто именно должен получить медицинское обслуживание при недостаточных средствах, ответ может быть только один: несомненно выбор должен делаться на основании медицинских данных". 520/

352. Как отмечалось в параграфе 319, в информации, полученной от Союза Советских Социалистических Республик, говорится о том, что

517/ Информация, переданная правительством Норвегии 15 апреля 1974 года.

518/ Информация, переданная правительством Республики Вьетнам, 21 марта 1974 года.

519/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

520/ Информация, переданная правительством Швеции 12 марта 1974 года.

государственные учреждения здравоохранения обеспечивают всех бесплатной квалифицированной медицинской помощью.

353. Правительство Соединенного Королевства считает, что

"Эти критерии являются предметом клинического диагноза и следует учитывать как физиологические, так и социальные факторы. Главным соображением должна быть способность пациента извлечь пользу из лечения, но другие факторы также могут иметь некоторый вес, например, положение иждивенцев, если таковые имеются". 521/

521/ Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

3. Способ распределения медицинского обслуживания в странах или областях, где наступило или приближается такое положение, когда экономические соображения не позволяют обеспечить каждого больного всеми видами имеющихся медицинских услуг, способными оказать ему помощь

354. Проблемы, возникающие из-за того, что дорогостоящие радикальные методы лечения могут быть использованы лишь по отношению к небольшому числу пациентов, являются частью большой проблемы распределения медицинского обслуживания в странах или районах, в которых, с финансовой точки зрения, невозможно обеспечить каждого больного всеми сложными лекарствами и методами лечения, способными принести ему пользу. Доктор Карл Эванг, бывший генеральный директор системы здравоохранения Норвегии, пишет:

"Даже самые богатые страны не могут предоставить индивидууму и обществу оптимальное медицинское обслуживание, направленное на предотвращение, лечение и восстановление трудоспособности в сложной области физических, психических и социальных болезней. Перед нами стоит неприятная, а по психологическим и политическим причинам, вероятно, непреодолимая задача установления очередности, которая автоматически исключит определенные типы пациентов из системы оптимального медицинского обслуживания. В богатых странах почечный диализ, операция на открытом сердце и лечение психически больных молодых людей не являются общедоступными. Бедные страны не в состоянии удовлетворить даже некоторые очень скромные потребности в медицинском обслуживании из-за недостатка средств или, вернее, потому, что деньги должны тратиться на другие цели, которые считаются более важными". 522/

355. Помимо затрат, вызванных плохим управлением, а также оправданным повышением заработной платы медсестер и врачей, главная причина увеличения стоимости медицинского обслуживания во все возрастающем использовании новейших приборов и методов. 523/ Стоимость всестороннего лечения каждого больного значительно превзойдет возможности любой, отдельно взятой страны, и никакие срочные программы не смогут дать достаточного

522/ Karl Evang, M.D., "Health for Everyone", World Health, November 1973, page 6.

523/ Cf. Vannevar Bush, Science is not Enough, (New York, 1965), page 147

количества квалифицированных врачей, медсестер, техников, а также больниц, чтобы сделать эти методы достоянием всего населения. 524-525/
Отсюда и проблема распределения имеющихся средств и определения объема всестороннего медицинского обслуживания, которое может быть предоставлено больному в данной стране.

356. У этой проблемы есть две стороны. Во-первых, это вопрос о перераспределении имеющихся средств по различным областям, не ограниченным сферой медицины. Амтаи Эциони пишет:

"Если мы собираемся иметь на один миноносец меньше, только на один, это без труда позволило бы финансировать большинство исследовательских программ. Таким образом, когда мы говорим о распределении ассигнований, нам следует говорить не только о распределении внутри медицины, как таковой, но также между медициной и другими сферами национального хозяйства. Даже, если не уменьшать затраты на вооружение, следует вспомнить о том, что мы тратим 11 миллиардов долларов в год на сигареты. Ясно, что эти деньги можно было бы потратить с большей пользой". 526/

Выступая на митинге, организованном Всемирным советом церквей в Цюрихе в июне 1973 г., Спирос А. Доксиадис сказал:

"Мне кажется, что мы, медицинские работники, слишком легко соглашаемся без дальнейших споров на тот процент от национального бюджета, который предназначается для здравоохранения, и дискуссии ведутся лишь о лучшем использовании денег. Это слишком робкая позиция. Я считаю, что совместно с нашими коллегами, занятыми в областях образования и социального обеспечения, мы должны требовать от наших правительств выделить на эти три области больший процент национального бюджета. И, если нас спросят, мы должны, как каждый в отдельности, так и все вместе, сказать, что это увеличение должно быть осуществлено за счет процента, предназначенного на "оборону", которая в некоторых странах может обозначать "агрессию", а в других - "подавление". Но, что бы это ни значило, эти деньги тратятся на подготовку убийств". 527/

524-525/ Там же, стр. 147-150.

526/ Amitai Etzioni, op. cit., p. 177

527/ Spyros A. Doxiadis, "Social and ethical problems in caring for genetically handicapped children", paper prepared for Consultations on Genetics and the Quality of Life, Zurich, 24-28 June 1973, p. 4.

357. В этой связи упоминаются другие сферы, помимо "обороны". Если к проблеме пересадки почек прибавится необходимость заменять печень, конечности, железы и даже сердце, то этого груза нам не вынести. Обществу придется решать, чего оно больше хочет: жизни и здоровья или носсе и космических ракет, и не исключено, что оно предпочтет первое". 528/

358. Во-вторых, возникает вопрос о распределении ассигнований по отдельным областям здравоохранения. Джеральд Лич пишет:

"В семейной жизни принято, что нельзя купить всего, что хочешь; мы должны понять, что это верно также и с точки зрения жизни и здоровья человека в обществе ... Является ли задачей медицины предотвращение смерти любой ценой или же, что является другой крайностью, лечение всех незначительных болезней, поражающих огромное число людей, которым еще смерть не угрожает? Трансплантация или психиатрия? Диализаторы или противозачаточные средства? Разумеется важно все, но, если говорить очень приблизительно, на что следует обратить большее внимание?" 529/

На консультациях в Цюрихе Керстин Анер подчеркнул необходимость "выбора между спасением нескольких жизней с помощью крайне дорогостоящих методов, получающих хорошую рекламу в прессе, и спасением или облегчением страданий многих старыми, неинтересными методами, которые не привлекают внимания ... выбора между решением социальных проблем, социальными или же медицинскими и биохимическими средствами. Это значит наклеить ярлык с обозначением цены на каждое новое изобретение в области медицины. Это значит, увы, наклеить ярлык с обозначением цены на множество человеческих жизней. Но поскольку это лишь прольет свет на практику, которая все время имеет место, я считаю, что это нужно, тем не менее, сделать". 530/

359. Пытаясь разрешить проблему распределения медицинских средств, ученые подчеркивают необходимость учета интересов наиболее нуждающихся, распространять обычные медицинские методы и развивать исследования в тех областях, которые были бы доступным широким массам.

528/ Gordon Rattray Taylor, The Biological Time Bomb (New York, 1968), p. 211.

529/ Gerald Leach, op. cit., p. 353.

530/ Kerstin Aner, "Genetic manipulation as a political issue", paper prepared for Consultations on Genetics and the Quality of Life, Zurich, June 1973, p. 11.

360. Доктор Джон Х. Брайант пишет:

"Один из трудных вопросов в системе медицинского обслуживания связан с необходимостью решать, кого лечить, если средств на всех не хватает ... Было бы справедливо использовать часть средств на удовлетворение особых потребностей наиболее нуждающихся. Действительность этого принципа осуществляется путем определения конкретных нужд различных слоев населения, установлением степени значимости с учетом медицинских проблем и групп населения, создания программ, позволяющих максимально использовать средства, предназначенные для решения этих проблем и обслуживания групп населения и, разумеется, это должно распространяться на людей, испытывающих наибольшую нужду ... Обслуживание может производиться в той мере, которую позволяют имеющиеся средства".^{531/}

361. Выступая на 8-ой конференции "Круглого стола" Мари-Пьер Герцог сказала:

"Работники медицины стоят перед проблемой стоимости лечения и операции. Западная медицина, какими бы грандиозными ни были ее достижения, это дорогостоящая медицина, которая весьма робко пытается решить эту проблему ... Если обратить внимание на ту разницу, которая существует между средним медицинским учреждением и блестящим оснащением некоторых больниц или лабораторий, то можно увидеть наличие глубокой пропасти, которая является моральной и политической в широком смысле..."

"... Перенаселенность наряду с усовершенствованием всевозможных медицинских методов ... вызывает необходимость улучшения качества не столь сложной медицины".^{532/}

^{531/} John H. Bryant, M.D., "Health care and Justice", Christian Medical Commission, Sixth Annual Meeting, Ecumenical Institute, Bossey (Geneva), 2-6 July 1973, p. 33.

^{532/} Marie-Pierre Herzog "Les fondements éthiques et moraux des de l'homme dans leurs rapports avec le progrès biomédical: Réflexions préliminaires", 8-ая конференция "Круглого стола", цит. пр., стр.16,18.

362. Рассматривая вопрос о распределении очередности медицинских средств, Джералд Лич отметил:

"Величайший вызов прогрессу медицины исходит из простого факта: это нам не по карману... Нам придется решить, какие дорогостоящие излишества следует ограничить с тем, чтобы каждый мог получить необходимое..."

"Разумеется, больницы общего назначения являются важнейшей частью медицинского обслуживания, но они в значительной степени предназначены для лечения серьезно больных, возможно, стоящих перед угрозой смерти. Они почти не имеют никакого отношения к тому, что один врач назвал главными причинами болезни в современных развитых странах - "беспорядочная смесь болезней, неприспособленности, нездоровых отношений, бедности, недостаточного образования, невежества, упорства, страха, добродетелей и порока". Никакой специалист или больничный врач с ввалившимися глазами не смогут заглянуть в этот темный лес нездоровья. Сюда можно проникнуть лишь с помощью сети региональной системы медицинского обслуживания, опирающегося на семейного врача в местной поликлинике - сети, являющейся основанием пирамиды здравоохранения и передающей больницам лишь меньшинство пациентов (редко более 10%), которые требуют специальных анализов или интенсивного лечения в больницах. В дальнейшем нам придется обратить особое внимание на развитие медицины этого типа, рассчитанный на широкие массы".^{533/}

363. Доктор Ирвин Пейдж и профессор Рене С. Фокс отмечают растущую убежденность в том, что необходимо создать более справедливую и равноправную систему медицинского обслуживания и выделять более значительные средства для обеспечения нормальных условий жизни и удовлетворительного медицинского обслуживания бедных и обездоленных.^{534/}

364. Касаясь вопроса об исследованиях, лорд Цукерман сказал, что, по его мнению, основное внимание в будущем следует обратить на "изучение вопроса управления рождаемостью; дальнейшего исследования безопасности новых лекарств, работу по лечению уродливых болезней старости - и не особенно глубокой старости - как, например, различных форм артрита и

^{533/} Gerald Leach, op. cit., pp. 326, 354-355.

^{534/} Cf. J.H. Page, "The ethics of heart transplantation", Journal of the American Medical Association, vol. 207, No. 1 (1969), pp.109-113; and Renée C. Fox, loc. cit. p. 13.

даже прострела; дальнейшее исследование возможности уменьшения болей, изучение простуд ..., даже, если это придется сделать за счет сокращения исследований в области умственной неполноценности у молодых людей или лечения наркомании". 535/

365. Чарльз Эллиот, старший научный сотрудник иностранного отдела Университета Восточной Англии, Соединенное Королевство, считает, что создание максимально действенной системы здравоохранения должно включать следующие меры:

1. Защиту всего населения от основных заразных болезней;
2. В беднейших странах оставшиеся общественные средства должны быть направлены на улучшение состояния окружающей среды и санитарных условий в областях с низкой плотностью населения. В менее бедных странах аналогичные группы населения должны быть охвачены элементарным медицинским обслуживанием матерей и детей". 536/

Профессор Е. Цветанович, начальник отдела бактериальных болезней при Всемирной Организации Здравоохранения, подчеркивает важность изучения рентабельности и системы льготных условий для достижения наиболее эффективного распределения средств в целях предотвращения заразных болезней. 537/

366. Подчеркивая сложность и трудность распределения медицинских средств, профессор Амитай Эцциони пишет:

"... системы распределения различных обществ не являются случайными; они представляют собой неотъемлемую часть социальных структур. Так, в большинстве общественных систем, богатые получают лучшее медицинское обслуживание по сравнению с многочисленными представителями средней прослойки и рабочего класса. Это не случайная ошибка, которую можно легко исправить. Такая же разница существует между обслуживанием высших и средних слоев общества. Когда говорят о перераспределении, то имеют в виду далеко идущие социальные изменения. Поэтому, даже национальные системы здравоохранения, подобные имеющимся в Израиле, Англии или Швеции, не изменили

535/ Lord Zuckerman, *op. cit.*, p. 432.

536/ Charles Elliott, "Financial resources: present and future", in *Human Rights in Health*, CIBA Foundation Symposium 23 (new series) (Amsterdam, London, New York, Associated Scientific Publishers, 1974), page 9.

того факта, что за деньги можно купить лучшее обслуживание. А чтобы добиться, например, в Соединенных Штатах хотя бы той степени демократичности медицинского обслуживания, которое существует в указанных странах, придется коренным образом изменить общественные перспективы, ценности и соотношение сил". 538/

367. Некоторые ученые считают, что заинтересованное государство должно создать специальную организацию по решению проблемы распределения медицинских средств. Так, лорд Цукерман, выступая на симпозиуме, посвященном памяти Роша, сказал:

"Никогда не хватит средств на то, чтобы позволить использование всех модных медицинских средств или удовлетворить потребности плохо информированной общественности в обычных передовых методах медицинского обслуживания. Чем быстрее возникают новые медицинские моды и техника, тем хуже делается положение ... Немыслимо, чтобы правительство через назначенные ими консультативные или исполнительные комитеты, декретировало то или иное направление развития медицинских знаний ... Только врачи должны определять направление, но это должно делаться в рамках сложной системы правительственной информации, которая учитывает не только суммы, которые могут быть получены из общественных или частных источников для непосредственного использования достижений современной медицины, а также последующие общественные затраты, возникающие в случае "победы" над какой-нибудь определенной болезнью... Я не надеюсь на то, что когда-нибудь будет найден легкий способ определения важнейших направлений биомедицинских исследований и развития биомедицины. Я, несомненно, хотел бы увидеть, как основные направления устанавливает организация, которая не принимает активных мер с целью подавления новейших исследований, а указывает, какие пути являются наиболее важными с точки зрения общества. И я бы хотел, чтобы в своих решениях такая организация руководствовалась старомодным принципом: максимальное благо для максимального числа". 539-540/

368. На конференции "Круглого стола" Альфред Гельхори подчеркнул:

"Массовое внедрение передовой медицинской техники не должно представляться исключительно на усмотрение изготовителя, который

538/ Amitai Etzioni, op. cit., p. 178.
539-540/ Lord Zuckerman, op. cit., pp. 431-432.

руководствуется соображениями выгоды, ни врача-исследователя и его больницы, который приобретает и славу за создание или применение. Решение моральных или социальных проблем, которые возникают в результате применения передовой техники, могут потребовать авторитетных рекомендаций относительно того или иного курса от комитета, выступающего в роли защитника граждан".^{541/}

369. Важная роль при распределении медицинских средств отводится существующим комиссиям и комитетам, действующим в области применения радикальных методов лечения. Выступая на конференции "Круглого стола", посвященной социальным и этическим аспектам современного прогресса биологии и медицины, Амитай Этциони сказал:

"Наилучшее решение по распределению средств делается не с точки зрения заинтересованных лиц, их адвоката или врача, а с учетом более широкой перспективы. Социальные соображения следует вносить посредством таких механизмов, как законодательство, которое решает куда направить больше средств: на лечение детей и пожилых, на исследование рака или в область хирургии, занимающейся изменением пола и т.д., а также комитеты, состоящие из врачей, теологов и выборных граждан. Такие комитеты будут решать, кто должен принимать решение относительно распределения средств, имеющихся в недостаточном количестве, и при этом они должны опираться на общественные ценности и общественное обсуждение, а не на личное предпочтение."^{542/}

370. В сообщении консультативного совещания по вопросу генетики и качества жизни, которое состоялось в Цюрихе в июне 1973 г., отмечалось, что, хотя при принятии важнейших решений по вопросам социальной политики

"парламенты и правительства должны принимать на себя ответственность за изучение соответствующих социальных и этических проблем, не оставляя решение этих вопросов исключительно на усмотрение врачей, советников, родителей или других, непосредственно заинтересованных лиц ... Для решения о способах использования средств (людей, материалов, помещений и т.д.) для различных пациентов. Необходимы больничные комитеты в той мере, в какой эти вопросы находятся в компетенции самой больницы, они должны решаться

^{541/} Alfred Gellhorn, op. cit., p. 250-251.

^{542/} Amitai Etzioni, op. cit., p. 182.

максимально представительной группой, включающей не только медицинский (и научный) персонал на всех уровнях, но также ... и лиц, представляющих интересы пациентов (часто их родители)". 543/

371. Правительства, выразившие свои взгляды на данный предмет, считают, что способ распределения медицинских средств должен решаться соответствующими правительствами.

372. В информации, переданной правительством Аргентины, говорится:

"Правительство через авторитетных представителей должно диктовать политику очередности, учитывая критерии параграфа 345; если пациент или его адвокат могут взять на себя решение об оплате стоимости лечения, следует уважать его право на получение этого лечения". 544-545/

373. В информации, переданной правительством Ганы, указаны три важнейшие области:

- "1) необходимо, прежде всего, обратить внимание на применение различных дисциплин в их взаимной связи с целью создания основных общих форм медицинского обслуживания и гигиены, особенно в сельских местностях;
- 2) развитие структуры общих форм медицинского обслуживания в сочетании с эффективными системами обеспечения такого обслуживания на местах, с тем, чтобы добиться оптимального охвата населения, сделав особый упор на профилактику заболеваний и на предупредительные меры.

При распределении ресурсов и предоставлении услуг на первом месте должна стоять охрана материнства и младенчества, медицинское обслуживание семьи и людей, входящих в состав трудовых ресурсов страны;

- 3) следует обеспечить - в пределах имеющихся ресурсов - расширение и развитие на всех уровнях сети больниц, предоставляющих различные виды медицинского обслуживания в различном объеме".

543/ Genetics and the Quality of Life: Report of a Consultation Church and Society, vol. X, No. 1 (Geneva, World Council of Churches, 1974), p. 21.

544-545/ Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

Правительство Ганы продолжает:

"Вполне очевидно, что в ряде развивающихся стран проблема финансов и кадров будет оказывать очень сильное влияние не только на уровень и качество обслуживания, но также и на его диапазон".

"Поэтому настоятельно рекомендуется региональное сотрудничество для решения этой проблемы".

"Так, для лечения, например, рака в каком-либо регионе или подрегионе в одной из стран данного района может быть создан соответствующий центр".

"... Гана и многие другие страны со сходными проблемами, в той или иной степени, будут сохранять свою зависимость от внешних ресурсов в области развития и расширения систем здравоохранения".

"Международные органы и добровольные организации должны оказывать как можно большую поддержку развивающимся странам".

"Предполагается, что помощь будет осуществляться на двух уровнях. Во-первых, непосредственная помощь индивидуальным правительствам или органам народного здравоохранения в деле развития национальных проектов и программ; во-вторых, помощь региональным объединениям в направлениях, о которых говорилось выше".

"Предполагается также, что помощь и поддержка будут оказываться в нескольких формах".

"Помощь может иметь форму обучения национальных кадров для национальных или региональных планов, присылки квалифицированного персонала в места, где отсутствуют национальные кадры, однако, этот вид помощи должен включать и обучающий элемент. Следует также подумать о присылке оборудования и т.д. и создании соответствующих систем по обработке информации и медицинских данных". 546/

374. Правительство Люксембурга заявляет: "Этот вопрос должен разрешаться правительством страны в сотрудничестве с врачами". 547/

546/ Информация, переданная правительством Ганы 21 марта 1974 г.

547/ Информация, переданная правительством Люксембурга 16 марта 1974 года.

375. Правительство Республики Вьетнам считает, что "органы здравоохранения страны должны создать систему очередности, в которой бы учитывались потребности неравномерно размещенного населения". 548/

376. Правительство Швеции заявляет:

"Возникающие вопросы очередности в настоящее время должны разрешаться на национальном уровне. Очевидно, эти вопросы не являются неотложными на международном уровне. Другие медицинские проблемы гораздо больше подходят для международного сотрудничества. Эти проблемы должны быть изучены и решены в первую очередь на национальном уровне, в соответствии с системой очередности, установленной каждым правительством в отдельности". 549/

4. Вопрос о том, существует ли момент, после которого не следует более применять интенсивных методов поддержания жизни неизлечимо больных или престарелых пациентов

377. Традиционный этический момент заключается в том, что необходимо делать все возможное для продления жизни больного на максимальный срок. Однако существует мнение, что настойчивое, продолжительное и мучительное применение радикальных методов лечения может являться посягательством на права больных, если те находятся в агонии без надежды на выздоровление. Возникают следующие вопросы: обязан ли врач поддерживать человеческую жизнь, как можно дольше, независимо от обстоятельств? Если нет, то когда нет, почему нет, и кто имеет право устанавливать эти пределы? Можно ли позволить пациенту участвовать в решении собственной судьбы? Следует ли изменить существующие законы с целью защиты прав человека в свете прогресса медицины и биологии?

378. Жан Жоншер суммировал возможные позиции врача по отношению к пациенту, находящемуся в состоянии агонии, следующим образом:

"а) Неукоснительное применение определенного лекарства с целью максимального продления существования; высокоморальное и этическое поведение при наличии сомнения: болезнь тяжелая и продолжительная, например, со значительным повышением температуры септического происхождения;

548/ Информация, переданная правительством Республики Вьетнам 21 марта 1974 года.

549/ Информация, переданная правительством Швеции 12 марта 1974 г.

- b) в дополнение к основному лечению давать болеутоляющие средства с риском приблизить летальный исход, если диагноз не вызывает сомнений. Если есть шанс на выздоровление, осторожно предпринимаются меры противоположного характера;
- c) лечение исключительно болезненных симптомов, чтобы "смерть была спокойной и безболезненной", если исчерпаны все средства лечения". 550/

Несмотря на возражения, большинство врачей считает, что чрезвычайные методы продления жизни ложатся нестерпимым грузом на пациентов, и обычно не применяют их в случаях, когда неизлечимо больные пациенты находятся в состоянии агонии. Радикальные методы лечения приостанавливаются и пациенту позволяют умереть. 551/

379. Бурное развитие медицины постоянно усложняет проблему для пациентов и их семей. Гарри С. Мезерв пишет о терминальных пациентах:

"Мы не боимся самой смерти. Мы знаем, что она является частью жизни и природы. Большинство из нас боится лишь процесса умирания, который у стариков часто бывает продолжительным, болезненным и изнурительным и унижительным. Большинство из нас надеется, что мы сможем умереть ... не испытывая трагического ощущения слабости и упадка духа, которые составляют главную печаль болезней и старости". 552/

380. Но часто случается, что если врач чувствует, что интенсивное лечение не сможет дать ощутимых результатов, а лишь продлит существование на неудовлетворительном уровне, и даже если можно предположить, что больной разделяет эти чувства, давление со стороны членов семьи может привести к тому, что меры по продлению жизни не прекращаются. Доктор Робичер пишет:

"Семьи, побуждаемые любовью и чувством вины, стремятся сохранить жизнь и отдалить неизбежность последней разлуки. В лице врача

550/ Jean Jonchères, "Euthanasie", 8-ая конференция "Круглого стола", стр. 118.

551/ Cf. Jerry Lisker, "A matter of life and death", Sunday News, Нью-Йорк, 8 июля 1973 г., стр. 80.

552/ Harry C. Meserve, "Dignity and Death", Journal of Religion and Health, No. 3, July 1971, p. 205.

семья видит исцелителя, и доктор не решается отказаться от своей роли защитника жизни и сделаться агентом смерти. Врачи приходят в медицину с мыслями об охране жизни — и это хорошо, — но иногда это затрудняет их примирение с неизбежностью смерти— и это плохо". 553/

381. Растёт движение тех, которые утверждают, что наряду с правом на жизнь существует также право на смерть, и что продолжительное и мучительное вмешательство медицины нарушает последнее.

382. Состоявшаяся в 1972 г. генеральная конференция Объединенной методистской церкви Соединенных Штатов Америки заявила о праве каждого человека умереть с достоинством "без попыток продлить смертельную болезнь только потому, что для этого существует специальная техника". 554/ В январе 1973 г., после 3-х летнего изучения, проведенного советом попечителей совместно с четырьмя представителями потребителей и Американской Больничной ассоциацией одобрили, в качестве заявления о национальном курсе, законопроект о правах, в котором говорится, что взрослые пациенты, не имеющие шансов на выздоровление, имеют право умереть без медицинского лечения. 555/ Судья из Майами, Соединенные Штаты Америки, указал, что 72-летняя женщина, страдающая гемолитической анемией, имеет право умереть с достоинством и может отказаться от переливания крови или хирургического вмешательства, которые причиняли бы ей боль. 556/ Говоря о 60-летней женщине, которой предстояло подвергнуться операции по поводу возможного рака груди, другой судья из Норт Гемптона, Соединенное Королевство, сказал: "Обеспечиваемое конституцией право гражданина самому отвечать за свои поступки, включает право зрелого, осведомленного, взрослого человека отказаться следовать рекомендациям врача, который может продлить его жизнь". 557/

383. Сделалось обычным явлением, когда люди письменно выражают желание, чтобы их жизнь не сохраняли. Фонд информации об эйтаназии, созданный в Нью-Йорке в 1967 г., выслал по запросам более 40 000 копий так называемого "завещания о жизни", в котором, в частности, говорится:

"Если придет время, когда я больше не смогу участвовать в принятии решений о своем будущем ... и если нет разумных оснований ожидать

553/ Jonas B. Robitscher, "The right to die", The Hastings Center Report, No. 4, September 1972.

554/ "Нью-Йорк Таймс", 27 апреля 1972.

555/ "Нью-Йорк Таймс", 9 января 1973 года.

556/ Jonas B. Robitscher, цит. пр., стр. 12.

557/ "Нью-Йорк Таймс", 8 июня 1973 года.

моего излечения от физической или психической болезни, я прошу, чтобы мне позволили умереть и не поддерживали мою жизнь с помощью искусственных или героических мер". 558/

384. Учитывая достижения медицины, многие считают, что в безнадежных случаях врач не обязан бесконечно продолжать применять чрезвычайные методы лечения.

385. В обращении "О продлении жизни" папа Пий XII сказал:

"Когда формы лечения выходят за рамки обычных средств, на их применение с целью продления жизни врач должен получить разрешение". 559/

386. Если пациент имеет право умереть, то, как считают многие, врач не имеет права заставить пациента жить против воли или продолжать ненужные страдания. Поэтому считается, что героические меры лечения оправданы лишь тогда, когда они могут привести к существенному улучшению, а не к продлению коматозного состояния или невыносимых болей, или же когда эти героические методы отвечают желаниям пациентов. 560/ На обсуждении хирургической этики, состоявшемся в Варшаве в сентябре 1966 г., профессор Витольд Рудовский, руководитель хирургического отделения Варшавского института гематологии, сказал:

"Пока есть надежда на подлинное выздоровление или на возврат к счастливой и удобной жизни, врач имеет право сохранять жизнь любыми методами, имеющимися в его распоряжении, даже если они причиняют боль. Но ..., если он продолжает борьбу за продление жизни, которая навсегда останется бесцельной и бессмысленной, то деятельность хирурга перерастает в жестокость. В тех случаях, когда неизлечимо больной хочет умереть, было бы неправильно продлевать его страдания с помощью цитотоксических средств, переливания крови или антибиотиков. Трагично наблюдать за людьми, чей ум усыплен с помощью лекарств и находится в подсознательном состоянии, а жизнь

558/ Cf. Paul Wilkies, "There are times when keepingsomeone alive may be crueller than death", Life, 14 January 1972.

559/ Ответы папы Пия XII на некоторые важные вопросы, связанные с "реанимацией", из сборника под редакцией G. Wolstenholme and M. O'Connor; eds., цит. пр., стр. 228.

560/ Cf. Jonas B. Robitscher, цит. пр., стр. 13.

тела, охваченного раком, поддерживается из-за того, что существует правило. Это ни что иное, как продление процесса умирания..."^{561/}

Выступая на этой же дискуссии, председатель Дж. Энгельборг Данфи, профессор медицинского центра Калифорнийского университета сказал: "Смерть естественна, она приходит ко всем, ее не следует бояться так, как следует бояться и всемерно избегать продления страданий. Наша цель - облегчение страданий и боли, а не продление бесполезного и бесцельного существования".^{562/} Господин Гордон Р. Тейлор пишет: "Необходимо принять тот неприятный факт, что оттяжка смерти является более болезненной, чем если бы пациента лишили лечения".^{563/}

387. Доктор Г.Б. Гирц пишет:

"... когда мы можем установить, что конец близок, это следует учесть при дальнейших действиях. В такой ситуации смерть представляется естественным явлением, и с ней не нужно бороться ... Необходимо признать как медицинскую аксиому, что в некоторых ситуациях не следует делать все возможное для продления жизни..."^{564/}

На III-ем Всемирном конгрессе по вопросам медицинского права, состоявшемся в августе 1973 г. в Генте, Бельгия, Хорхе де Фигейредо Диас предложил следующие принципы:

"... Медицинское содействие смерти является безусловно законным и даже юридически обязательным с точки зрения долга врача помогать и лечить, если оно производится без сокращения естественного периода жизни..."

"... Врачу всегда позволительно отказаться от вмешательства с целью продления жизни больного за пределы естественного периода (за исключением тех случаев, когда больной или его представитель настойчиво этого требуют) или даже вмешаться, чтобы жизнь больного не продлилась за пределы естественного периода (за исключением тех случаев, когда больной или его представитель возражают)".^{565/}

^{561/} News Bulletin, pp. 36-37.

^{562/} Там же, стр. 43.

^{563/} Gordon R. Taylor, цит. пр., стр. 118.

^{564/} G.B. Giertz, "Ethical problems in Sweden", in G. Wolstenholme and M. O'Connor, eds., цит. пр., стр. 144-145.

^{565/} Jorge de Figueiredo Dias, "De l'illégalité de l'euthanasie à la légalité de orthothanasie", paper prepared for the Third World Congress on Medical Law, Ghent, 19-23 August 1973, p. 4.

Выступая на IV Безансонском коллоквиуме по правам человека во Франции, состоявшемся в январе 1974 г., Л. Кот обратил внимание на слова папы Пия XII о праве человека применять чрезвычайные меры реанимации. Он сказал:

"То же правило должно быть принято, когда речь идет о пациентах, пораженных серьезным заболеванием, особенно по отношению к умирающим, а также к некоторой категории стариков, связь которых с жизнью все больше и больше ослабевает из-за болезни. Однако, врач должен серьезно учитывать не только технические, но также и психологические, семейные и общественные соображения, которые делают каждый случай особым и не позволяют создать какое-то универсальное правило". 566/

388. Помимо гуманных, у данной проблемы есть также экономические и социальные аспекты. Любой умирающий пациент, жизнь которого продлевается без нужды, вводит в серьезные расходы своих близких, а во многих случаях и "общество", что носит менее четко определенный характер. "Продление жизни, — пишет Гордон Р. Тейлор, — является серьезным испытанием для родственников. Семья пациента не только жестоко страдает, но, при отсутствии системы государственного здравоохранения, может быть вынуждена платить до 250 долларов в день за использование оборудования. При нехватке оборудования проблемы могут возникнуть также для хирурга". Дорогостоящее оборудование можно использовать для того, кто имеет шансы выжить. 567/ Доктор Генри Бичер отметил, что "в безнадежных случаях больница и общество вообще заинтересованы в приостановке чудовищно дорогого и бесполезного лечения". Те деньги, которые тратятся на поддержание жизни безнадежно больных и находящихся в бессознательном состоянии пациентов, могли бы использоваться на лечение тех, кого еще можно спасти. 568/ Доктор Вальтер В. Сакет подсчитал, что в одном только штате Флорида пришлось бы потратить 5 миллиардов долларов, чтобы дать возможность "полутора тысячам человек, немощных до такой степени, что они не могут подняться с постели, (их пеленают, кормят искусственным способом и они не имеют ни малейшего представления об окружающем), дожить искусственную жизнь, продленную чудом науки". "Эти деньги, —

566/ L.Cotte, "Le droit à la mort", IVe Colloque de Besançon, — des droits de l'homme en France, Université de Besançon, 17-19 января 1974 г. стр. 26.

567/ Gordon R. Taylor, цит. пр., стр. 118.

568/ H.K. Beecher, "Definition of death: the individual's right to be let alone", 8-ая конференция "Круглого стола", цит. пр., стр. 112.

сказал он, - могли бы найти лучшее применение, если бы их тратили на людей, страдающих от излечимых болезней, например, на тех, кто нуждается в пересадке почки". 569/

389. Имеется предложение установить возрастной предел при лечении неизлечимо больных или очень старых пациентов. "Возможно, - сказал профессор Брус на Варшавском съезде, состоявшемся в сентябре 1966 г., - что производя такие спасательные операции, как пересадка, мы должны начать думать о возрастных пределах. Целесообразно ли пересаживать почку или печень женщине, страдающей от пиелонефрита или цирроза в возрасте 60 или 50 лет?" 570/ Выступал на конгрессе Королевского Общества здравоохранения, Соединенное Королевство, доктор Кенет О.А. Викиери сказал: "Пришло время установить минимальный возраст, за пределами которого врачи и медсестра освобождаются от принятой обязанности "всеми мерами поддерживать жизнь" и ограничивают свою деятельность симптоматическим облегчением и хорошим уходом". Он предложил, чтобы 80-летний предел стал максимальным возрастом, по достижении которого врачи должны прекратить практику "оживления" умирающего". 571/

390. Неоднократно подчеркивалось, что прекращение мер по продлению жизни является нравственным решением, а не убийством или "уколом милосердия", который неприемлем с точки зрения закона и религии. Выступая на симпозиуме Фонда Сиба доктор Брок сказал:

"В течение длительного времени в медицине существовали практика и философия, которые оправдывали постановку мер, направленных на продление жизни, по отношению к людям, жизнь которых ... становилась далее нестерпимой ..., однако, медицинская этика всегда делала очень четкое различие, и я полагаю, что это различие является таким же четким и юридически, между прекращением действий, которые могли бы продлить жизнь, и принятием мер по прекращению жизни". 572/

569/ Cf. William F. Buckley, Jr., "The right to die", New York Post, 19 августа 1972 г., стр. 26.

570/ News Bulletin, p. 18.

571/ Cf. Jerry Lisker, цит. пр., стр. 80

572/ Civilization and Science in Conflict or Collaboration? A Ciba Foundation Symposium (The Hague, 1972), p. 118.

Доктор Робичер отмечает:

"По-моему, существует различие между решением прекратить внутривенное питание коматозного или умирающего пациента ... и более агрессивными методами прекращения жизни, как, например, оставление медикаментов, вызывающих смерть, в пределах досягаемости больного. ... Врачи не могут ускорять смерть пациента за исключением тех случаев, когда достаточно сильное болеутоляющее средство может подавить дыхательную функцию. Здесь врач поставил себе задачей не вызвать смерть, а облегчить боль". 573/

Доктор Гирц подчеркивает, что:

"Никто не старается убить пациента. Мы воздерживаемся от лечения потому, что оно бесполезно, потому, что оно не соответствует интересам пациента. Я не могу рассматривать это как убийство медицинскими средствами ... Смерть уже победила, несмотря на нашу борьбу, и нам следует примириться с этим фактом. Только осознание этого предела может помочь нам решить проблему, которая для многих превратила самую мысль о смерти в агонию - страх перед искусственным продлением жизни, которая уже утратила всю привлекательность". 574/

391. В отношении "пациента с неизлечимой болезнью, страдающего от сильных болей или от неспособности двигаться, и выразившего твердое и бесповоротное желание умереть", ВОЗ утверждает:

"Широко распространено мнение, что в таком положении врач, хотя он и не может, ни в коем случае, произвольно лишить жизни другого человека, должен сделать все возможное, чтобы обеспечить пациенту безболезненную и достойную смерть, даже если он отдает себе отчет в том, что принятые им меры могут слегка ускорить угасание жизни". 575-576/

392. Что касается вопроса о том, кто дает указание о прекращении мер по продлению жизни, следует упомянуть о докладе Американской медицинской ассоциации, в котором говорится:

573/ Jonas B. Robitscher, цит. пр., стр. 13.

574/ G.B. Giertz, цит. пр., стр. 145.

575-576/ E/CN.4/1173, стр. 22.

"Решение о прекращении применения чрезвычайных мер по продлению жизни тела при наличии неопровержимого свидетельства неизбежности биологической смерти принимается пациентом и/или его ближайшими родственниками".^{577/} Доктор Вальтер Сакетт предложил, чтобы пациенту было разрешено принять такое решение только после того, как два дипломированных врача объявят ему о смертельном исходе его болезни. Если пациент умственно или физически не в состоянии дать указание о прекращении лечения, то супруг (или супруга) могут унаследовать это право. Существует мнение, что определение момента прекращения мер по продлению жизни не следует оставлять исключительно на усмотрение врача, который несет ответственность за пациента, ибо его суждения о вероятности выздоровления могут быть субъективны. Выступая на III-ем Всемирном конгрессе по вопросу медицинского права, доктор Филипп Х. Адисон отметил, что в подобных случаях необходимы консультации между врачом и его коллегами".^{578/} Жан Жонсер, выступая на 8-ой конференции "Круглого стола", коснулся подобных случаев: "Право и долг каждого врача в трудных случаях советоваться с коллегой".^{579/}

393. По мнению большинства правительств, приславших информацию, применение интенсивных методов лечения по отношению к неизлечимо больным или очень старым пациентам не должно быть обязательным и что вопрос обычно в значительной степени зависит от обстоятельств.

394. Правительство Аргентины утверждает:

"Выражения "неизлечимый" и "престарелый" весьма субъективны, а поэтому чреваты возможностью ошибок: врач и консультанты должны решать по состоянию больного, когда прекратить интенсивные меры по продлению его жизни: сопоставление настоящих и будущих страданий пациента и удовлетворение врачей от продления жизни в трудных условиях приводит к консилиуму и последующему решению о прекращении применения интенсивного лечения".^{580/}

395. Правительство Румынии считает, что продолжительность применения мер по оживлению и момент их прекращения должны определяться комиссией

^{577/} New York Post, 5 декабря 1973 г., стр. 21.

^{578/} Cf. Philip H. Addison, "Voluntary euthanasia", paper prepared for the Third World Congress on Medical Law, Ghent, 19-23 August 1973, p. 7.

^{579/} Jean Jonchères, цит. пр., стр. 123.

^{580/} Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 года.

специалистов. Один человек, какова бы ни была его компетентность, не имеет права принимать такие решения. Основные руководящие критерии в этой области могут быть созданы специальными учреждениями. 581/

396. В информации, переданной из Люксембурга, отмечается, что этот вопрос "должен решаться в соответствии с научными критериями и моральными соображениями". 582/

397. В информации, переданной правительством Норвегии, приводятся следующие соображения из книги профессора Энгера "Transplant Operations" ("Операции по пересадке"), как представляющие мнение врачей Норвегии по данному вопросу:

"Важнейшее правило состоит в том, что врач не должен придавать исключительное значение существованию пациента как таковому, чтобы это предполагало определенные последствия с точки зрения лечения. Продление жизни на часы или дни может обладать большой ценностью для пациента, находящегося в сознании и его родственников. Это должно быть основным руководящим принципом. С другой стороны ... если пациент находится в бессознательном состоянии или его умственные способности значительно ослаблены, если его мозг неизлечимо поврежден, но его жизнь поддерживается искусственными методами ... то прекращение лечения иногда может быть оправдано с медицинской и этической точки зрения. Это остается верным даже тогда, когда соответствующие меры позволяют продлить жизнь на часы, дни или недели. Для принятия такого решения важнейшее значение имеют соображения гуманности. Под этим я подразумеваю заботу о жизни пациентов, сочувствие к их страданиям и уважение к их смерти. Но не следует забывать и о родственниках, которые проходят через это испытание, наблюдая, как их близкие медленно разрушаются шаг за шагом. Наконец, необходимо учесть социальный аспект данного вопроса.

Концентрация определенных средств (т.е. забота по уходу и техническая аппаратура) на одном безнадежно больном пациенте может иметь неблагоприятные последствия для других, которые больше нуждаются в подобных мерах. Чтобы должным образом выполнить свою роль в обществе, врач обязан учитывать и эти соображения". 583/

581/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 г.

582/ Информация, переданная правительством Люксембурга 16 марта 1974 года.

583/ Информация, переданная правительством Норвегии 15 апреля 1974 года.

398. Правительство Сингапура отмечает, что "обычно в подобных случаях не используются столь интенсивные методы лечения. Однако, в определенных случаях это может быть необходимо". 584/

399. Касаясь экономического аспекта проблемы, правительство Шри Ланка отмечает, что "это особенно верно для развивающихся стран, где ограниченные финансовые средства лимитируют возможности поддержания жизни неизлечимо больных или очень старых пациентов, посредством дорогостоящих интенсивных методов". 585/

400. В информации, переданной правительством Швеции, отмечается:

"Прекращение лечения признается оправданным только тогда, когда неизбежность смерти является непосредственным результатом состояния пациента, и когда его состояние таково, что лечение, направленное на продление жизни, дает лишь короткую отсрочку смерти. На вопрос, как долго следует продолжать такое лечение или, другими словами, следует ли в некоторых случаях прекратить лечение по соображениям гуманности, ибо оно лишь продлевает страдания пациента, очень трудно ответить; и взгляды на то, как правильно поступить в подобной ситуации, могут быть различными". 586/

401. В информации, присланной правительством Соединенного Королевства, содержатся следующие выдержки:

"В Соединенном Королевстве нет законодательства, относящегося непосредственно к данному вопросу, и правительству Соединенного Королевства ничего не известно о каких бы то ни было исследованиях по вопросу прекращения лечения очень старых пациентов".

"19 ноября 1972 г. состоялся национальный симпозиум (организованный правительством Соединенного Королевства), посвященный "заботе об умирающих". ... По-видимому, наиболее подходящая с этой точки зрения работа была представлена профессором Андерсоном. В ней он доказывает, что "в медицине каждый шаг должен намечаться с

584/ Информация, переданная правительством Сингапура 13 марта 1974 года.

585/ Информация, переданная правительством Шри Ланка 5 марта 1974 года.

586/ Информация, переданная правительством Швеции 12 марта 1974 года.

осторожностью и гуманностью ... с пониманием того, что возраст имеет весьма второстепенное значение, а важнейшим критерием является качество жизни". Если сделать вывод из утверждения профессора Андерсона, можно сказать, что нехватка средств, а также повышение количества неизлечимых случаев в гериатрических отделениях снижает использование методов интенсивного лечения для престарелых".

"Решение о прекращении применения интенсивных методов лечения по отношению к любому пациенту, каким бы больным или старым он ни был, должно приниматься на месте ответственным врачом по отношению к соответствующему пациенту. Создание общих правил решения этой проблемы является затруднительным". 587/

402. Иная точка зрения была выражена правительствами Украинской ССР и СССР. Первое отмечает, что в Украинской ССР "врачи продолжают бороться за жизнь человека до тех пор, пока не наступит биологическая смерть". 588/ В информации, полученной от правительства СССР, говорится: "В СССР врач обязан использовать все способы лечения, чтобы спасти жизнь пациента и улучшить состояние его здоровья, независимо от серьезности положения и возраста больного. Советская медицина категорически возражает против эйтаназии". 589/

587/ Информация, переданная правительством Соединенного Королевства 8 августа 1974 года.

588/ Информация, переданная правительством Украинской ССР 23 октября 1974 года.

589/ Информация, переданная правительством СССР 25 июля 1974 года.

5. Вопрос о том, существует ли положение, при котором хирургическое вмешательство, направленное на продление жизни или облегчение симптомов, не должно применяться, если известно, что такое вмешательство нанесет серьезный ущерб пациенту

403. Прогресс в некоторых областях медицины достиг такой степени, когда применение передовой медицинской техники может позволить пациенту выжить или привести к облегчению острых и опасных психопатических симптомов в случаях, которые ранее считались безнадежными. Однако, после хирургического вмешательства пациент иногда остается серьезно искалеченным, или его личность претерпевает существенные изменения. В этой связи возникают вопросы: является ли оправданным применение радикальной медицинской техники в подобных обстоятельствах? На сколько можно изменить человека, чтобы он продолжал оставаться человеком? Не лучше ли предоставить пациентов с острой формой неуправляемого поведения своей судьбе, т.е., по всей вероятности, пожизненному содержанию в психиатрической больнице, или же следует произвести хирургическую операцию на головном мозге, при том, что метод этот не может гарантировать успеха, и существует вероятность ухудшения положения? Имеет ли пациент, против воли содержащийся в государственной психиатрической больнице, право давать согласие на нейрохирургическую операцию, если его мозг обнаруживает некоторые психические отклонения, которые причиняют ему мучения или угрожают безопасности окружающих?

404. Говоря о мерах по оживлению и поддержанию жизни с целью спасения людей, перенесших серьезное увечье, профессор Генри К. Бичер пишет:

"Иногда эти усилия приносят лишь частичный успех, так что в результате у пациента сердце продолжает биться, но мозг неизлечимо поврежден. В таких случаях, пациент, выживший, но навсегда потерявший рассудок - тяжкое бремя для семьи, больницы и тех, кто нуждается в больничных койках, занимаемых этими коматозными пациентами". 590/

405. Выступая на 8-ой конференции "Круглого стола", доктор Гельхорн сказал:

"В прошлом этика врача состояла в том, чтобы сохранить жизнь пациента любой ценой... Однако, с тех пор, как технические

590/ Henry K. Beecher, "Scarce resources and medical advancement", *Ethical Aspects of Experimentation with Human Subjects*, Daedalus, Spring 1969, pp. 291-292.

средства поддержания функции дыхания и кровообращения сделались более совершенными, качество жизни было признано необходимым соображением при решении вопроса о сохранении жизни". 591/

406. Касаясь вопроса о гемикорпоректомии, ампутации нижней части туловища и ног, профессор Рудовский поставил вопрос о том, "имеет ли право хирург предлагать операцию, результатом которой будет серьезная инвалидность без надежды на то, что после гемикорпоректомии пациент хоть когда-нибудь сможет возвратиться к своей деятельности и снова стать полезным членом общества". 592/

407. Много дискуссий вызвал вопрос об операции, изменяющей личность пациента, так называемой прифронтальной лоботомии, которая состоит в удалении, разрушении или отсоединении лобных долей головного мозга. Эта операция применялась по отношению к буйным психическим больным после того, как психиатрическая и лекарственная терапии оказывались бессильными. После операции пациенты не испытывают, или почти не испытывают, беспокойства, страха или симптомов буйства, но они низводятся до такого состояния, которое некоторые считают несовместимым с человеческим достоинством. Их называют "шутами", "клоунами", 593/ "человеческими растениями" 594/ или чем-то "почти нечеловеческим". 595/ "Некоторые пациенты, подвергшиеся лоботомии, - пишет Ли Эдсон, - лишились своих "творческих" и высших умственных способностей и в своей безнадежности стали напоминать растения". 596/ Психиатр из Вашингтона, доктор Питер Р. Бреггин говорит, что проблема хирургических вмешательств такого рода состоит в том, что "разрушение ткани лобной доли головного мозга немедленно влечет за собой прогрессирующую потерю всех человеческих функций, связанных с лобными долями: проницательности, способности к сочувствию, чувствительности, самосознанию, способности к суждению, эмоциональной отзывчивости и т.д." 597/ В 1950 г. министр здравоохранения СССР издал распоряжение о запрещении лоботомии как метода лечения психоневрологических состояний. 598/

591/ Alfred Gellhorn, loc. cit., p. 249.

592/ News Bulletin, pp. 15, 36.

593/ Robert J. Trotter, "A clockwork orange in a California prison", Science News, 11 March 1972, p. 174.

594/ Lee Edson, "The psyche and the surgeon", New York Times, 30 September 1973.

595/ Isaak Azimov, The Intelligent Man's Guide to Science (New York, 1960), vol. II, p. 723.

596/ Lee Edson, loc. cit.

597/ Robert J. Trotter, loc. cit. p. 175.

598/ International Digest of Health Legislation, 1952, vol. 4, p. 312.

408. Некоторые другие психохирургические операции, представляющие следующий шаг в нейрохирургии после прифронтальной лоботомии, являются еще более спорными. Они заключаются в выборочном хирургическом удалении или, при отсутствии свидетельств органической болезни головного мозга, разрушении другими средствами части мозга, или в хирургическом прерывании нервных путей, соединяющих различные части мозга друг с другом, с целью изменения поведения душевнобольных, которые не реагируют на обычные методы лечения. В подобных случаях разрушение мозговой ткани может производиться с помощью механических режущих инструментов, электродов, вызывающих коагуляцию, введения химических реагентов, введения зерен радиоактивного иттрия 90, ионизирующей радиации, ультразвуковых лучей или лечебного применения колода.^{599/} Надежные статистические данные о количестве подобных операций, выполненных на сегодняшний день, отсутствуют. Так, например, общая годовая цифра для Соединенных Штатов составляет от 100 до 1000 и обнаруживает тенденцию к увеличению.^{600/}

409. Сторонники психохирургии, признавая невозможность гарантировать результаты и наличие многих недостатков, утверждают, что в тщательно подобранных случаях она является единственной надеждой на исправление некоторых крайних нарушений поведения, как, например, неукротимого буйства, и позволяет приучить к пребыванию в обществе, и делать более послушными некоторых пациентов, неподдающихся другим методам лечения. Они настаивают на том, что более, чем три десятилетия клинической работы, а также истории болезней пациентов, не говоря уже о данных широкого экспериментирования на животных, доказали, что психохирургия, при условии правильного применения, приводит к благоприятным изменениям поведения — "пока мы не отыщем по-настоящему хороший, безвредный метод лечения, хирургия является единственным выходом для тысяч безнадежных пациентов, для которых все остальные формы лечения оказались бесполезными", — говорит врач Бостонской городской больницы доктор Вернон Марк.^{601/} Говоря о достоинствах психохирургии в случае крайних нарушений поведения, доктор О.Дж. Энди, начальник нейрохирургического отделения Университета Миссисипи в Джексоне, подчеркнул, что этот метод лечения применяется по отношению к больным, для которых все остальные формы лечения были явно безнадежными. По его описанию, типичный пациент психохирургического отделения — это неустойчивый, обладающий повышенной активностью, неукротимо буйный, нападающий на окружающих больных, который не

^{599/} E/CN.4/1173, p. 25.

^{600/} Harold M. Schmeck Jr., "Criteria sought in brain surgery", *New York Times*, 1 April 1974.

^{601/} Cf. Lee Edson, *loc. cit.*

поддается психиатрическим и психологическим методам лечения. Он сказал, что психохирургия может также использоваться при лечении больных подростком с повреждением мозга, которые обнаруживает поведение такого рода. Это бы позволило их развивающемуся мозгу созревать с нормальной реакцией на окружение, максимально возможной при данных обстоятельствах. 603/

410. Доктор В.Дж. Нота, технологический институт Массачусетса, подчеркнул, что один из недостатков дискуссии по вопросу психохирургии была неспособность некоторых осознать мрачные и трагические последствия некоторых психических болезней, которые, по его словам, сами по себе в состоянии уничтожить значительную часть гуманности человека и все его гражданские свободы. 603/ В пользу психохирургии было сказано, что "это удачный компромисс между смертной казнью ... и содержанием преступника в пожизненном заключении..." 604/

411. На конференции по вопросам управления поведением, созванной Институтом общества, этики и биологических наук Соединенных Штатов Америки, было отмечено, что психохирургические операции должны быть последним средством после 1) психотерапии, 2) лекарственной терапии, 3) охлаждения определенных частей головного мозга, 4) помещения, регулирующих препаратов в определенные части головного мозга, 5) электротерапии. 605/

412. Доктор Гарднер С. Квартон, руководитель отдела программирования исследований в области наук, связанных с нервной системой, при Массачусетском технологическом институте, написал:

"Легко утверждать, что некоторые новые, эффективные и поддающиеся легкому определению типы управления поведением, например, обдуманно разрушающая нейрохирургия, нарушают права человека, особенно, если они осуществляются против его желания и их результаты необратимы. Но это слишком поспешное утверждение. Другие типы управления поведением, как, например, содержание за решетками, также осуществляются против воли и их результаты также могут быть необратимы". 606/

603/ Cf. "Research backed in psychosurgery", New York Times, 9 November 1973.

604/ "Changing the patient's personality", The Hastings Center Report, No. 6, December 1973, p. 13.

605/ "Manipulating the brain", The Hastings Center Report, No. 1, February 1972, p. 11.

606/ Gardner C. Quarton, "Controlling human behaviour and modifying personality", Daedalus, Toward the Year 2000: Work in Progress, 1967, p.852

413. Выступая на 8-ой конференции "Круглого стола", Х. Лансдел сказал:

"Имеются сообщения о пациентах, антисоциальные действия которых стали реже или вообще прекратились после психохирургического вмешательства. Несмотря на снижение показателя умственных способностей, которое может оказаться временным, новое общественное самосознание — изменение личности — может явиться похвальным результатом даже при возможном уменьшении предполагаемой продолжительности жизни. Ослабление умственных способностей или неустойчивое поведение могут явиться результатом операции на открытом сердце. Если хирургическое вмешательство спасает жизнь, если операция является поистине "последним прибежищем", то можно примириться с недостатками, которые проявятся в будущем. Необходимо, чтобы величина и продолжительность ущерба компенсировались той пользой, которую извлечет пациент". 607/

414. Противники психохирургии утверждают, что это крайне разрушительная попытка контролировать человеческое поведение, влекущая за собой, по крайней мере, частичную смерть личности, неизлечимое увечье, и требуют запретить хирургические манипуляции в мозгу, направленные исключительно на исправление отклонений поведения неизвестной этиологии.

415. "Психохирургия является преступлением против человечества, — говорит доктор Брегин, один из наиболее известных противников психохирургии, — преступлением, которое не может быть оправдано никакими медицинскими, этическими или юридическими соображениями." Он говорит, что поскольку она часто притупляет эмоциональные реакции пациента и снижает его интеллектуальные способности, "психохирургия во всех своих формах представляет собой частичный аборт живого человеческого существа". Доктор Брегин называет психохирургию "маленьким убийством", ибо мозг — это уникальный орган вместилца человеческого интеллекта, эмоций и личности. "Я поступлю противозаконно, если помогу вам покончить с собой", — говорит он. Поэтому хирургическая операция, которая частично убивает личность, должна быть признана противозаконной. Таким образом, он считает не этичным оперировать, за исключением тех случаев, когда жизнь пациента находится под угрозой, например, при раке, если хирургическое вмешательство снижает человеческую сущность пациента. 608/

607/ Н. Lansdell, "Psychourgery: some ethical considerations", 8-ая конференция "Круглого стола", цит. пр. стр. 265.

608/ Cf. Jim Hampton, "A curse or a blessing? Eerie brain surgery", The National Observer, 25 March 1972.

Доктор Брегин утверждает, что хирургические операции "в худшем случае наносят непоправимый ущерб личности пациента. В лучшем случае они претупляют его эмоциональные реакции".^{609/} По его мнению, разрушая нормальную мозговую ткань, психохирурги поступают жестоко потому, что "разрушить нормальную ткань головного мозга, значит причинить ущерб человеческой личности ... Невозможно помочь человеку, нанося ущерб его личности, а эти операции - все до одной - наносят ущерб личности".^{610/}

416. Не касаясь операции, которая производится при явном повреждении мозга, что иногда имеет место при эпилепсии, доктор Пол Д. Маклин, Национальный институт психотерапии (США), выразил мнение, что врачи должны потребовать запрещения психохирургии.^{611/} Доктор Роллин отмечает, что при выполнении психохирургической операции "вы возможно, смени-те чье-то пожизненное заключение в тюрьме пожизненным заключением в психиатрической больнице, что явится следствием нанесенного ущерба".^{612/} Выступая на 8-ой конференции "Круглого стола" Х. Лансдел отметил, что

"в современной психохирургии операции основаны на недостаточных или ограниченных исследованиях и влекут за собой много неожиданностей. Нельзя предвидеть результатов психохирургической операции на драгоценном органе, который, даже если он и принадлежит тому, кто является причиной общественного недовольства, не должен подвергаться ущербу, вместо медицинского обслуживания".^{613/}

417. Специальный комитет, созданный в Соединенных Штатах Америки и состоящий из трех судей, выразил единодушное мнение относительно психохирургии, утверждая, что "она является явно экспериментальной, подвергает объекты исследования серьезной опасности и содержит существенный риск, размеры которого неизвестны". Среди опасностей упоминаются "притупление эмоций", "умерщвление памяти", "снижение способности чувствовать" и ограничение "способности создавать новые идеи". Далее, прибавляют судьи, "отсутствуют убедительные доказательства" предполагаемого благотворного воздействия психохирургии.^{614/}

^{609/} Cf. *Newsweek*, 27 March 1972, p. 64.

^{610/} Cf. Robert J. Trotter, loc. cit., p. 175.

^{611/} Cf. Harold M. Schmeck Jr., "Brain surgery to alter behaviour stirs a major medical debate", *New York Times*, 22 January 1973.

^{612/} Changing the patient's personality², *The Hastings Center Report*, No. 6, December 1973, p. 13.

^{613/} H. Lansdell, loc. cit., p. 269.

^{614/} William K. Stevens, "Psychosurgery curbed by court", *New York Times*, 11 July 1973.

418. Учитывая эти противоречия, эксперты в областях неврологии, психиатрии, права и этики пытаются определить истинное значение и потенциальные возможности психохирургии и указать ее истинную роль в лечении неправильного поведения и эмоций. В докладе Национального института психотерапии (США) содержится рекомендация считать психохирургию экспериментальным методом лечения, который, таким образом, должен применяться лишь в совершенно четко определенных и контролируемых обстоятельствах. "Необходимо специальное ограничение, применяемое при любом экспериментальном методе лечения, - говорится в докладе, и операции должны производиться только в таких условиях, когда присутствуют люди, обладающие особой компетентностью и опытом, и в специализированных учреждениях, обеспечивающих соответствующие гарантии".^{615/} Характеризуя эти особые условия, в докладе отмечается, что операции должны производиться только в больницах, которые тесно связаны с научными центрами, и должна быть создана система регистрации данных исследований, которая обеспечит получение максимальной научной информации в каждом случае. В докладе подчеркивается, что прежде, чем обратиться к психохирургии, следует испытать все другие возможные методы лечения. Кроме того, в рекомендациях института говорится о необходимости создания отдела информации, который бы контролировал психохирургическую практику и обеспечивал непрерывный поток информации об объеме этой практики, типах отобранных пациентов и исходе лечения. Отдел информации должен "обеспечить регистрацию желающих произвести психохирургическую операцию с тем, чтобы научные и клинические эксперты в областях психологии, психиатрии и неврологии имели возможность оценить состояние пациента до операции, а также изучить непосредственные и более отдаленные результаты психохирургического лечения".^{616/}

419. Психохирурги признают возможность злоупотребления этим методом с целью осуществления контроля над людьми, главное отклонение которых от нормы состоит в нежелании следовать установлениям общественной морали. Доктор Роберт Невиль, руководитель оперативной группы по подробному изучению социального воздействия психохирургии, Институт общественных, этических и биологических наук в Гастингсе - на Гудсоне, штат Нью-Йорк, признавая, что психохирургия обладает потенциальными возможностями для злоупотреблений, сказал: "Это, может быть самый дешевый и легкий способ обуздания пациентов, а, следовательно, это и потенциально опасно, особенно потому, что этим методом могут злоупотребить с целью подавления агрессивных инакомыслящих, мотивируя это тем, что они больны".^{617/}

^{615/} Cf. Harold M. Schmeck, Jr., "Criteria sought in brain surgery", "Нью Йорк Таймс", 1 апреля 1974 года

^{616/} Там же.

^{617/} Cf. Lee Edson, цит. пр.

420. В этом контексте ученые призывают к осуществлению строгого контроля над психохирургическими операциями, который должен осуществляться специальными комиссиями и комитетами. Так, доктор Вернон Марк предложил создать комиссии "по охране потребителя", который не в состоянии защищать свои интересы. Совместно с доктором Давидом Алленом он исследовал идею "охраны потребителя", создав группу, в которую помимо врачей вошли представители религии, закона и общественности. 618/

"Применение психохирургии, - заявил Х. Лансделл на 8-ой конференции "Круглого стола", - потребует создания контрольных комиссий для установления диагноза и последующей оценки безопасности и эффективности. Нейрохирургия этого рода нуждается в специальном контроле благодаря важности мозга для значимого существования. Эти комиссии должны включать также и такой медицинский персонал как биостатистик и нейропсихолог. Юрист - специалист по гражданскому праву - также был бы полезным членом подобных комиссий". 619/

Английский психиатр Лоренс С. Колб отметил, что

"только после согласия представителей хирургической науки ... на изучение возможности применения подобных методов, полученного, как от профессионалов .., так и от представителей не медицинской общественности, восстановится в Англии доверие и признание любого метода лечения душевных болезней". 620/

421. Экспериментальный характер психохирургии требует, в случае ее применения, обдуманного и добровольного согласия. В вышеприведенном высказывании о психохирургии в Соединенных Штатах, выраженном комиссией из трех судей, подчеркивалось, что вследствие неблагоприятного "соотношения между риском и благом" и "опасных, насильственных, необратимых" результатов психохирургической операции вопрос о согласии пациента приобретает гораздо большее значение, чем, например, "при подготовке операции по удалению аппендикса". Рассматривая вопрос о согласии пациента, судьи пришли к выводу, что пациент, содержащийся против воли в психиатрической больнице, в сущности, не может дать согласия, которое будет признано законом, потому что живет в "атмосфере принуждения", подвергающей его давлению, лишая тем самым всякой реальной возможности выбора. 621/

618/ Vernon H. Mark, loc. cit., p. 4.

619/ H. Lansdell, loc. cit., p. 268.

620/ Cf. The Hastings Center Report, No. 1, February 1974, p. 16.

621/ Cf. William K. Stevens, loc. cit.

422. При рассмотрении вопроса о психохирургии в упоминавшемся выше докладе Национального института психотерапии, обдуманное и добровольное согласие признано абсолютно необходимым. По этой причине доклад возражает против применения психохирургии в отношении пациентов психиатрических больниц, лиц, находящихся в тюремном заключении, и несовершеннолетних, согласие которых не имеет законной силы.^{622/} Если орган, позволяющий давать согласие, — мозг — поврежден или находится в болезненном состоянии, и пациент является умственно недееспособным, то право давать такое согласие обычно переходит к ближайшим родственникам пациента. Доктор Марк считает, что в подобных случаях пациенту и его семье должна быть оказана помощь со стороны беспристрастной, незаинтересованной группы профессионалов, которая поможет им принять решение относительно использования хирургии или других форм лечения.^{623/}

423. В то время, как Всемирная Федерация научных работников утверждает, что "медицина должна продлевать и делать приятной всякую человеческую жизнь", Всемирная Федерация нейрохирургических обществ считает, что "решение, в основном, зависит от типа и серьезности симптомов, а также от того, имеет ли радикальная терапия надежду на успех".^{624/}

424. Всемирная Организация Здравоохранения приходит к следующему выводу в отношении психохирургии:

"Ввиду глубоких разногласий, имеющих место среди врачей, относительно оправданности психохирургии, ненадежности ее результатов и отсутствия четкой теоретической базы, представляется необходимым производить дальнейшие исследования с целью оценки этого метода".^{625/}

425. Большинство правительств, выразивших свои взгляды в связи с этой проблемой, считает, что ответ зависит от преобладающих обстоятельств.

426. Правительство Аргентины утверждает, что замечания, сделанные по поводу использования интенсивных методов поддержания жизни неизлечимо

^{622/} Cf. Harold M. Schmeck Jr., "Criteria sought in brain surgery", New York Times, 1 April 1974.

^{623/} Vernon H. Mark, loc. cit., p. 4.

^{624/} Информация, переданная Всемирной Федерацией научных работников 5 марта 1974 г. и Всемирной Федерацией нейрохирургических обществ 16 января 1974 года.

^{625/} E/CN.4/1173, p. 27.

больных или очень старых пациентов, применимы также и здесь (см. § 394), "возможно сложность ответа на тот или иной вопрос, заложена в ограниченности человеческих знаний, в области достаточно точных диагнозов или прогнозов". 626/

427. Правительство Австрии утверждает:

"Следует отметить, что применение определенных медицинских методов может иметь лечебный эффект и в то же время вредить пациенту. Применяя методы лечения, способные повлечь за собой подобные результаты, необходимо, исходя из медицинского опыта, взвесить целебное и вредное влияния. Разнообразие возможных случаев настолько велико, что здесь трудно давать общие указания". 627/

428. Правительство Люксембурга считает, что рассматриваемый вопрос "должен решаться на основании научных критериев профессиональной совети человека". 628/

429. Правительство Норвегии подчеркивает "право и обязанность врача составить мнение об индивидуальных особенностях каждого конкретного случая". 629/

430. Правительство Румынии считает, что "проблема не может обсуждаться в общих чертах. В каждом отдельном случае ответ зависит от решений, принятых специализированными комиссиями или специализированными центрами". 630/

431. Правительство Сингапура считает, что "главным долгом врача является спасение жизни, и в каждом случае врач должен придерживаться этого принципа". 631/

626/ Информация, переданная правительством Аргентины 30 мая 1974 г.

627/ Информация, переданная правительством Австрии 21 ноября 1974 года.

628/ Информация, переданная правительством Люксембурга 16 марта 1974 года.

629/ Информация, переданная правительством Норвегии 15 апреля 1974 года.

630/ Информация, переданная правительством Румынии 29 апреля 1974 года.

631/ Информация, переданная правительством Сингапура 13 марта 1974 года.

432. Правительство Шри Ланка придерживается мнения, что "существует предел, за которым техника не должна применяться, если она причиняет серьезное увечье пациенту". 632/

433. Правительство Швеции пишет, что на этот вопрос "очень трудно ответить, и взгляды на то, что является правильным в подобной ситуации, могут быть различными". 633/

434. По мнению правительств Украинской ССР и СССР, такой вопрос не может возникнуть, поскольку врач должен всегда бороться за жизнь пациента и улучшение состояния его здоровья (см. выше §402).

III. ПРЕДРОДОВОЙ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

1. Предродовой генетический диагноз и права человека

435. В предварительном докладе Генерального секретаря отмечалось, что:

"с помощью хирургической операции, называемой амниоцентезом становится все более и более возможным определить до рождения генетические дефекты зародыша. Таким образом, предполагается тенденция к увеличению количества аборт в тех странах, где они не запрещены законом, с целью предотвращения рождения детей, страдающих умственной неполноценностью или имеющих другие серьезные дефекты".

(Далее были отмечены некоторые прослепы, возникшие в этой связи и связанные с правами человека). 634/

436. Всемирная Организация Здравоохранения занималась изучением некоторых проблем, связанных с этим анализом. 635/

437. Этот вопрос будет рассматриваться далее в документе E/CN.4/1172/приложение 3.

632/ Информация, переданная правительством Шри Ланка 5 марта 1974 года.

633/ Информация; переданная правительством Швеции 12 марта 1974 г.

634/ См. E/CN.4/1028/приложение 5, §§ 71-73.

635/ E/CN.4/1173, стр. 3, 8 и 14.

IV. РОСТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В МЕДИЦИНЕ

1. Меры по обеспечению здоровья, безопасности и жизни пациентов, подвергающихся воздействию электрических, электронных, механических и других технических устройств во время постановки диагноза и лечения

438. В предварительном докладе Генерального секретаря говорилось о проблемах, связанных с правами человека, возникающих при использовании электрических, электронных, механических и других технических средств при постановке диагноза и лечения. 636/

439. Эти вопросы будут рассмотрены далее в документе E/CN.4/1172/приложение 3.

636/ См. E/CN.4/1028/приложение 2, § 267 и
E/CN.4/1028/приложение 5, §§ 74-77.