

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 4

***Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
з курсу за вибором***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 4

***Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
з курсу за вибором***

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 10 від 30.06.2021.

**Харків
ХНМУ
2021**

Деонтологія в медицині. Ч. 4 : метод. вказ. для самост. роботи студентів з курсу за вибором / упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова, Н. М. Герасимчук. Харків : ХНМУ, 2021. 48 с.

Упорядники Т. В. Ащеулова
 Т. М. Амбросова
 Н. М. Герасимчук

Тема 10. Деонтологічні аспекти захисту права на життя: використання стволових клітин, трансплантологія, штучне запліднення, аборти, етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя

Актуальність теми. Соціально-політичні зміни, що відбулися за останні десятиліття в світі, стосуються і проблеми охорони здоров'я, медицини, взаємодії лікаря і хворого, біоетики в цілому. Виникає нерозв'язна дилема: разом із зростанням досягнень медицини посилилося невдоволення лікарів своїми можливостями і невдоволення хворих можливостями лікарів. Збільшилася і кількість нерозв'язних проблем, не тільки економічних (тому що нові технології вимагають великих матеріальних витрат, малодоступних рядовому хворому), але і наукових, особливо етичних. У зв'язку з цим особливу увагу привертають етичні проблеми, обумовлені застосуванням нових медичних технологій: пересадки органів, клонування, експериментальної медицини, генетики, генної інженерії тощо.

Загальна мета. Надати аналіз сучасних нових медичних технологій: пересадка органів, клонування, експериментальна медицина, генетика, генна інженерія; обговорити ряд етичних проблем, пов'язаних з різними аспектами цих напрямків (наукові дослідження, використання найважливіших досягнень в практичній медицині).

Конкретні питання:

1. Основні етичні проблеми трансплантології.
2. Класифікація трансплантацій.
3. Поняття про міжнародні і вітчизняні законодавчі акти в трансплантології.
4. Етичні проблеми використання ембріональних (плодових) стволових клітин (ЕСК).
5. Екстракорпоральне (штучне) запліднення (ЕКЗ) – сучасний біотехнологічний метод подолання безпліддя.
6. У чому полягає проблема права на життя на початковій стадії людського існування?
7. Чи має право на життя ембріон з відхиленнями розвитку?
8. Етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя.

Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Трансплантація – це:

- А. Операція з пересадки органів.*
- В. Операція з заміщення тканин пацієнта тканинами з іншого організму.*
- С. Операція з заміщення органів і тканин пацієнта відповідними структурами організму донора.*
- Д. Операція з пересадки органів в межах одного виду організмів.*
- Е. Всі відповіді вірні.*

2. Аутотрансплантація – це:
- А. Пересадка органа в межах одного організму.*
 - В. Пересадка органів у межах двох генетично ідентичних організмів.*
 - С. Пересадка органів у межах організмів одного виду.*
 - Д. Пересадка органів у межах різних видів організмів.*
 - Е. Пересадка реципієнтові органа зі штучного матеріалу.*
3. Ізотрансплантація – це:
- А. Пересадка органа в межах одного організму.*
 - В. Пересадка органів у межах двох генетично ідентичних організмів.*
 - С. Пересадка органів у межах організмів одного виду.*
 - Д. Пересадка органів у межах різних видів організмів.*
 - Е. Пересадка реципієнтові органа зі штучного матеріалу.*
4. Алотрансплантація – це:
- А. Пересадка органа в межах одного організму.*
 - В. Пересадка органів у межах двох генетично ідентичних організмів.*
 - С. Пересадка органів у межах організмів одного виду.*
 - Д. Пересадка органів у межах різних видів організмів.*
 - Е. Пересадка реципієнтові органа зі штучного матеріалу.*
5. Ксенотрансплантація – це:
- А. Пересадка органа в межах одного організму.*
 - В. Пересадка органів у межах двох генетично ідентичних організмів.*
 - С. Пересадка органів у межах організмів одного виду.*
 - Д. Пересадка органів у межах різних видів організмів.*
 - Е. Пересадка реципієнтові органа зі штучного матеріалу.*
6. Гетеротрансплантація – це:
- А. Пересадка органа в межах одного організму.*
 - В. Пересадка органів у межах двох генетично ідентичних організмів.*
 - С. Пересадка органів у межах організмів одного виду.*
 - Д. Пересадка органів у межах різних видів організмів.*
 - Е. Пересадка реципієнтові органа зі штучного матеріалу.*
7. **Пацієнтів після пересаджування органів визнають:**
- А. Інвалідами I групи.*
 - В. Інвалідами II групи (неробоча).*
 - С. Інвалідами II групи (робоча).*
 - Д. Інвалідами III групи.*
 - Е. Можливі всі варіанти.*
8. Експлантація – це:
- А. Пересадка донорських органів на місце відповідного органа реципієнта.*
 - В. Донорський орган імплантується не на те місце, де знаходився відповідний орган реципієнта.*
 - С. Пересадка реципієнтові трансплантата з неорганічного або штучного матеріалу.*
 - Д. Пересадка органів у межах різних видів організмів.*
 - Е. Пересадка органів у межах двох генетично ідентичних організмів.*

9. Що таке ортотопічна трансплантація?

- А. Пересадка донорських органів на місце відповідного органа реципієнта.*
- В. Донорський орган імплантується не на те місце, де знаходився відповідний орган реципієнта.*
- С. Пересадка реципієнтові трансплантата з неорганічного або штучного матеріалу.*
- Д. Пересадка органів у межах різних видів організмів.*
- Е. Пересадка органів у межах двох генетично ідентичних організмів.*

10. Що таке гетеротопічна трансплантація?

- А. Пересадка донорських органів на місце відповідного органа реципієнта.*
- В. Донорський орган імплантується не на те місце, де знаходився відповідний орган реципієнта.*
- С. Пересадка реципієнтові трансплантата з неорганічного або штучного матеріалу.*
- Д. Пересадка органів у межах різних видів організмів.*
- Е. Пересадка органів у межах двох генетично ідентичних організмів.*

Теоретичний матеріал

В умовах збільшених можливостей медичної науки і практики з'явилися нові проблеми, пов'язані з медичною генетикою, регуляцією народжуваності і перериванням вагітності, експериментами на людях. Останнє питання спеціально висвітлено в Нюрнберзькому кодексі, Гельсінсько-Токійській декларації і рішеннях XV конференції Ради міжнародних організацій медичних наук (Маніла, 1981), схвалених спеціальним комітетом ВООЗ.

За останні роки світовою спільнотою, у тому числі громадськістю України, зроблені важливі кроки з урегулювання ряду етичних питань в біології і біомедичних дослідженнях, направлені на ефективніше, надійніше, безпечніше і етичніше застосування досягнень світової науки в практичній медицині.

Трансплантологія є однією з найперспективніших галузей медицини. В даний час пересаджують органи і тканини здорової людини хворому, використовують як «запасні частини» трупи, а також органи тварин.

Виділяють аутотрансплантацію, алотрансплантацію, ксенотрансплантацію і екстратрансплантацію. **Інтерес світової громадськості до проблем трансплантології виник у 1967 р.,** коли хірург з ЮАР Крістіан Бернард провів першу пересадку серця від загиблої людини хворому пацієнту. Перша пересадка серця викликала вкрай суперечливу реакцію. Публіка вітала її як «героїчний вчинок», прорив у ХХІ століття, тоді як деякі професіонали засуджували, вважаючи невчасною і недостатньо підготовленою. Винахідник серцевого катетера, лауреат Нобелівської премії Вернер Теодор Отто Форсман заявив, що відтепер трансплантаційна медицина «...не буде застрахована від честолюбства і свавілля, слабкості характеру і пихатості. Коли диявол перемішує етичні поняття, плата за прогрес стає дуже

високою». Він виявився правий. Операція К. Бернарда викликала справжню епідемію трансплантацій. Протягом тільки 1968 р. в 22 країнах світу було пересаджено 101 серце, у більшості випадків у клініках низького рівня.

1. Основні етичні проблеми трансплантології. Класифікація трансплантацій

Етичні проблеми трансплантології істотно розрізняються залежно від того, чи йде мова про забір органів для пересадки у живої людини або трупа.

Які етичні проблеми породжуються сучасною трансплантологією?

«Заборонні тенденції» в біомедичній етиці стосуються трансплантології як напрямку медицини, що демонструє не лише можливості клінічної медицини, а і складність породжуваних нею етичних проблем, вимагаючи переосмислення кантівської етичної максими «відноситися до людини тільки як до мети» (наприклад, у випадках, коли лікар використовує для пересадки орган живого донора). **Трансплантологія** (від латин. *transplantare* – пересаджувати) – пересадка органів з подальшим їх приживленням в межах одного організму (*ауто трансплантація*), або від одного організму іншому того ж виду (*гомотрансплантація*), або іншого виду (*гетеротрансплантація*), або в межах різних видів (*ксенотрансплантація*).

Теоретично за умови дотримання лікарем високих етичних принципів донорами необхідного органа можуть бути: 1) родичі хворого, які жертвують добровільно один зі своїх органів; 2) стороння людина, яка дала добровільну і свідому згоду на взяття у неї органів або тканин; 3) труп тільки-но померлої людини. Разом з тим згідно із законом стороння людина не може при своєму житті продати або подарувати свій орган (навіть парний). Це означає, що за відсутності родичів або їх згоди на операцію необхідний хворому орган може бути взятий тільки у трупа. У багатьох країнах проблема використання органів трупа для трансплантології отримала правове рішення в двох варіантах: 1) «заохочувальний добровільний підхід» – юридичне оформлення передачі своїх органів іншим особам з метою їх подальшого використання після смерті; 2) концепція «передбачуваної згоди» – надання лікареві юридичного права «відбирати» необхідні з метою трансплантології органи померлого пацієнта, оскільки передбачається, що дозвіл на ці дії міг би бути ним отриманий.

Інші етико-правові проблеми трансплантології пов'язані з небезпекою перетворення донорства на комерційну операцію (купівля та продаж органів людини або пріоритетного права в списку черговиків, які чекають на донорський орган). Тому при трансплантації органів і тканин необхідно дотримуватися певних правил: 1) деонтологічний принцип *колегіальності* при ухваленні рішення; 2) умови взяття трансплантатів від живого донора: а) за умови, якщо хворому не можна надати допомогу іншими засобами, крім пересадки органів або тканин і б) якщо шкода, що заподіюється при цьому донорові, менша, ніж шкода для хворого-реципієнта. Етичні проблеми

сьогоднішньої трансплантології, з одного боку, породжуються самим її розвитком, а з іншого – перешкоджають йому.

До основних етичних проблем трансплантології відноситься перш за все проблема *донора і реципієнта*.

1. *Вибір донора і реципієнта*. Найбільш оптимальний і високоморальний варіант – це добровільна донація одного зі своїх органів родичем хворого. Але не завжди такий варіант можливий, і тоді постає питання про стороннього донора. Якщо потрібний орган близької людини не підходить хворому для пересадки і якщо його неможливо узяти від сторонньої особи, то необхідний орган може бути вилучений у трупа, причому, чим раніше, тим краще. Тут виникає серйозна етична суперечність. З одного боку, реаніматологи до останньої можливості намагаються врятувати життя вмираючої людини (навіть безнадійно хворої), з іншого – чим швидше помре один, тим більше вірогідність для трансплантологів врятувати іншого. Тому вирішення цієї дилеми залишається однією з найскладніших в моральному і правовому відношенні.

2. *Добровільна і свідома згода* людини на взяття у неї органів і тканин. Операція трансплантації, відповідно до принципів біомедичної етики, допустима лише за наявності інформованої згоди не тільки з боку хворого, але і донора. В той же час їх згода не відміняє особистої моральної відповідальності лікаря, бо саме він вирішується на операцію вилучення здорового органа, що шкодить людині. Моральний вибір лікаря в даному випадку залишається внутрішньо суперечливим: з одного боку, за наявності самовідданої позиції когось з рідних використовується шанс порятунку приреченого хворого, з іншого – порушується етична заповідь «Не нашкодь!». Тим більше, що в трансплантології лікар стикається не тільки з подвоєним оперативним *ризиком* (оперуються не одна, а дві людини), але і з набагато більшим, ніж в решті галузей медицини, етичним *ризиком*.

3. *Проблема комерціалізації трансплантології*. Можливість продовжити життя людини і поліпшити його якість за допомогою трансплантації органів і тканин має приховану небезпеку перетворення донорства на комерційну операцію, де можливі зловживання, підкуп, корупція (купівля або продаж органів людини, купівля пріоритетного права в списку черговиків на той або інший донорський орган). Проте заборони і переслідування не вирішують цих проблем. Не можна, наприклад, побоюючись зловживань, заборонити обмін донорськими органами з іншими країнами і операції з пересадки органів громадянам інших держав. Це означало б не мати можливості не тільки передавати, але і отримувати необхідні приреченим людям органи за міжнародними системами співпраці. Так само неспроможна пропозиція деяких законодавців заборонити вилучення органів у трупів без прижиттєвої письмової згоди померлих людей. Це привело б до закриття всіх програм трансплантації органів і тканин, які сьогодні врятовують життя і здоров'я тисячам людей.

4. Етико-правові проблеми в галузі *трансплантації мозку*. Незважаючи на наявний досвід вдалого здійснення подібних операцій, на їх проведення досі накладений мораторій. У цих випадках до перелічених вище питань додалися ще складніші. По-перше, мозок для пересадки повинен бути узятий до закінчення критичного терміну його життя і початку необоротних процесів його руйнування. А це *вбивство*, навіть якщо у вмираючого є інші травми, несумісні з життям. По-друге, враховуючи, що мозок – це орган особи, як визначити статус людини з пересадженим мозком? Чи стає він (юридично і фактично) тим, ким був колишній «власник» мозку (у сім'ї, в бізнесі і так далі), або він – той, ким було і є його тіло? Ці проблеми не мають поки однозначної відповіді, але їх актуальність очевидна.

Пересадка нирок від живих донорів з'явилася першим напрямком трансплантології в практичній медицині, і в даний час є напрямом надання медичної допомоги хворим зі хронічною нирковою недостатністю. Трансплантація нирок не тільки рятує від смерті сотні тисяч пацієнтів, але і забезпечила їм високу якість життя.

Пересадка органів від живого донора супроводжується великим ризиком для нього. Забір органа або його частини у донора, очевидно, є відносно до нього відступом від одного з основоположних етичних правил медицини – «не нашкодь». Хірург, забираючи орган або тканину у донора, цілком усвідомлено завдає йому травми і піддає його життя і здоров'я значному ризику. Виникає конфлікт двох етичних принципів медицини: «не нашкодь» і «роби добро». Для «пом'якшення» цієї проблеми, мабуть, необхідно підсилити захист інтересів донора за допомогою медичного страхування.

Тому донорство повинне бути добровільним, усвідомленим вчинком, що здійснюється безкорисливо. Усвідомленість вчинку повинна ґрунтуватися на повній інформації, що представляється лікарем, про можливий ризик відносно стану здоров'я і соціального благополуччя (працездатності) потенційного донора.

Використання трупа людини як джерела органів для пересадки також викликає ряд непростих моральних проблем. Всі релігії забороняють нанесення пошкоджень тілу померлої людини, вимагають дбайливого і шанобливого відношення до тіла особи. У нашому суспільстві при появі цих проблем довгий час міркування доцільності ставилися вище за міркування морально-етичні.

Услід за дозволом вилучати з трупа без згоди родичів рогівку ока, крові з'явилися інструкції з вилучення підшлункової залози, окремих кісткових фрагментів, потім інших органів і тканин. Тіло померлого розглядається в даному випадку як державна власність, яку медики можуть використовувати в суспільних інтересах.

У даному випадку реалізується установка утилітаристської етики, згідно з якою дія морально виправдана, якщо вона приносить найбільшу кількість блага для найбільшої кількості людей.

Забір, що здійснюється за допомогою механізму презумпції згоди, відрізняється від рутинного тим, що хоча спеціальний дозвіл на забір органів після смерті і не береться, але згода на такий забір передбачається, тобто констатується відсутність відмови від подібної маніпуляції.

У багатьох країнах забір органів і тканин проводиться тільки на основі інформативної згоди. У розвинених країнах пересадки практикуються повсякденно. Трансплантуються печінка, нирки, серце, легені, тонка і товста кишка, паразитовидна і підшлункові залози, рогівка, шкіра, кістки, суглоби, цілі кінцівки і інші органи, аж до клітин головного мозку.

Все більш широкого розмаху набуває використання з метою трансплантології органів не тільки людини, але і тварин – **ксенотрансплантологія**. Прихильникам програм ксенотрансплантації протистоять могутні організації захисту тварин. Розширення об'єму трансплантологічних операцій неминуче сприяло різкому збільшенню попиту на органи і тканини, придатні для пересадки, оскільки далеко не всі померлі можуть стати потенційними донорами.

На думку трансплантологів, ідеальний донор органів – це людина, яка перебуває в стані «смерті мозку» в результаті травми черепа, але не має інших пошкоджень. Однак їх значно менше, ніж кандидатів на трансплантацію. За оцінкою мюнхенського професора В. Ланда, у Німеччині за рік в середньому з'являється приблизно 1500 потенційних донорів, а претендентів на нову нирку тут налічують приблизно 22 тис. Не кращим чином йде справа і в інших країнах.

Природно, що всезростаючий дефіцит спричинив комерціалізацію трансплантології. **У Китаї в 1984 р.** було ухвалено рішення про утилізацію тіл страчених. У статті «Мистецтво страчувати» писалося: *«Щоб не пошкодити дефіцитних нутрощів, безпосередньо перед тим, як випустити засудженому на смерть кулю в потилицю, приреченого накачують спеціальними медикаментами, щоб у нього не згорталася кров і не дерев'яніли м'язи».*

2. Поняття про міжнародні і вітчизняні законодавчі акти в трансплантології

Всесвітня медична асамблея прийняла декілька декларацій про етичні проблеми трансплантології. У **жовтні 1985 р.** 37-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Брюссель, Бельгія) була прийнята **«Заява про торгівлю живими органами»**. У ній сказано: *«Розглянувши факти, що свідчать про процвітанні останнім часом продажу живих донорських нирок із слабо-розвинених країн для пересадок в Європі і США, Всесвітня медична асоціація засуджує купівлю-продаж людських органів для трансплантації».*

У **жовтні 1987 р.** «Декларація про трансплантацію людських органів» була прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Мадрид, Іспанія). У **вересні 1994 р.** «Резолюція з питань поведінки лікарів

при здійсненні трансплантації людських органів» була прийнята 46-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Стокгольм, Швеція).

У 1996 р. Радою Європи був прийнятий **Перший міжнародний законодавчий документ – Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини**. Ключова теза Конвенції – пріоритет інтересів і благополуччя окремої людини над інтересами суспільства і науки – фундаментальний принцип біоетики. Окремий розділ Конвенції (VI) присвячений захисту прав людини у зв'язку з отриманням органів і тканин у живих донорів з метою трансплантації. Хотілося б підкреслити, що всі статті Конвенції мають відношення до проблеми трансплантації ствольових клітин.

У Гельсінській декларації 2000 р. Всесвітньою медичною асоціацією відображено сучасні загальноновизнані біоетичні стандарти проведення дослідження на людині.

В Україні в 1999 р. прийнято закон України «Про трансплантацію органів й інших анатомічних матеріалів людини», наказ МОЗ України № 96 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини» (2000 р.). Відбувся Перший і Другий національні конгреси з біоетики. Ми маємо честь бути учасниками Третього форуму. У 2002 р. Україна підписала вищезгадану загальноєвропейську Конвенцію про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини.

Разом із тим в міжнародних і вітчизняних законодавчих актах приділено недостатню увагу проблемам клітинної і тканинної терапії. Родоначальником клітинної і тканинної терапії вважають лікаря С. Воронцова, який в 20-і роки минулого сторіччя успішно пересаджував фетальні тканини пацієнтам, які страждали на передчасне старіння. Пізніше клітинна теорія отримала продовження і широке освітлення в роботах Nikolson і його послідовників, які, власне, і ввели термін «клітинна терапія», використовуючи як лікувальний чинник очищені і висушені екстракти тканин і органів переважно з ембріонів овець. Такі препарати були зручні тим, що могли зберігатися в звичайних умовах, легко транспортувалися в закритих флаконах і перед вживанням розводилися водою або розчинами; вони можуть бути названі першим поколінням препаратів клітинної терапії.

Академік В. П. Філатов і його послідовники застосовували переживаючі тканини (рогівку, шкіру); біологічні тканини, витримані в парабіотичних умовах і позбавлені життєздатності: плацента, хоріон, склоподібне тіло, екстракти та відгони, назвавши це тканинною терапією. Лікувальна дія цих препаратів пов'язувалася із стимуляцією регенеративно-відновних процесів, а також із омолоджуванням всього організму. Вони можуть бути названі другим поколінням препаратів клітинної терапії. Тканинна терапія за В. П. Філатовим – це неспецифічний метод лікувально-профілактичної медицини, що підвищує резистентність організму завдяки регулюючому впливу на гомеостаз.

До проблем трансплантації органів і тканин відноситься і проблема використання фетальних (від латин. Fetus – плід, зародок) тканин. Ще в минулому столітті, в 1881 р. К. Леопольд пересаджував плідний епітелій тваринам, а сто років тому петербурзький лікар Шеперович ввів ембріональні тканини хворому, загинувому від хронічної ниркової недостатності. Правда, перша спроба не вдалася, але ця проблема привернула увагу вчених.

У 80–90 рр. минулого сторіччя почався новий, сучасний етап розвитку клітинної і тканинної терапії. Стимулом до інтенсивного розвитку цього напрямку послужили складнощі у вирішенні проблем трансплантації органів і тканин класичними методами, експериментальні дані про можливість використання соматичних клітин людини як альтернативи трансплантації цілого органа. У зв'язку зі все більш широким використанням фетальних тканин для лікування різних захворювань у **1989 році 41-ю Всесвітньою медичною асамблеєю в Гонконзі була прийнята «Декларація про трансплантацію ембріональних тканин»**. Одним із визнаних лідерів у становленні і розвитку клітинної і тканинної терапії став Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України (м. Харків).

Особливе місце в клітинній і тканинній трансплантації займають гемопоетичні плодові клітини і ствовові кровотворні клітини пуповинної крові людини, а також клітини і тканини фетоплацентарного комплексу. В зв'язку з цим виникла одна з основних етичних проблем – правомочність роботи з плодовими клітинами і тканинами, отриманими після медичних абортів, хоча їх використання знайшло віддзеркалення в законі України про трансплантацію. Були виявлені особливі властивості тканин ембріофетоплацентарного походження. Встановлено, що біологічні структури на етапі раннього онтогенезу володіють унікальними властивостями: містять в основному бластні і ствовові клітини, які характеризуються підвищеним проліферативним і трансплантаційним потенціалом, зниженою антигенною активністю, багатим вмістом ростових, антибактеріальних і анальгезуючих чинників. Крім того, вони містять адаптогени і пептиди, комплекс біологічних з'єднань, стимулюючи репарацію і регенерацію.

Важливим аспектом є також можливість кріоконсервування і подальшого застосування аутологічного матеріалу. Сучасний високий рівень технологій кріоконсервування, який відповідає світовим стандартам, зокрема положенням Європейської асоціації тканинних банків, дозволить низькотемпературному банку Інституту проблем кріобіології і кріомедицини увійти до системи тканинних банків миру. Робота низькотемпературного банку Інституту була високо оцінена урядом України: в 2002 р. Ухвалою Кабінету Міністрів банк визнаний Національним надбанням України. У результаті тривалих досліджень були розроблені методи кріоконсервування клітин і тканин ембріофетоплацентарного комплексу. Величезний досвід накопичено у вивченні, створенні препаратів і застосуванні гемопоетичних клітин плодової печінки.

Плацента як орган, який забезпечує зростання і розвиток плоду і характеризується активним метаболізмом, постійно привертає до себе увагу дослідників. При імплантації кріоконсервованої тканини плаценти в організм реципієнта вводиться комплекс клітин, що продукують гормони, цито- і інтерлейкіни, ферменти і багато іншого, що сприяє процесам репарації, підвищенню стійкості до гіпоксії, надає виражену біологічну дію як органи і системи реципієнтів.

Зараз дуже актуальним є пошук поновлюваного джерела стоволових клітин, здатних диференціюватися в острівці Лангерганса або, принаймні, в бета-клітини, що виробляють інсулін. Останніми роками більш глибоко досліджуються аутологічні ствові клітини, виділені з тканин дорослої людини, оскільки вони не відторгаються і довго живуть в організмі реципієнта.

3. Етичні проблеми використання ембріональних (плодових) ствових клітин.

Ембріональні ствові клітини (ЕСК) – це клітини, виділені з ранніх ембріонів, які можуть самостійно існувати в недиференційованому стані, зберігаючи можливість диференціюватися в будь-яку тканину, завдяки чому вони є потенційними постачальниками тканин для трансплантації і лікування багатьох хвороб.

Основна етична проблема – правомочність роботи з плодовими тканинами. Питання про те, як відносяться різні біоетичні системи до проблеми переривання вагітності, є ключовим для медичних досліджень, пов'язаних з вивченням ЕСК.

У науковій літературі піднімається питання про те, що джерелом ЕСК можуть бути і доімплантаційні ембріони, а також ембріони, що отримуються в надлишку при заплідненні *in vitro*. У ряді країн в даний час проводять дослідження з отримання людських ембріонів для вирощування органів і тканин людини для потреб трансплантації – це, як вважає багато хто, найбільш реальна можливість використання методів клонування в медицині. Наприклад, у Великобританії прийнятий законопроект, що дозволяє використовувати з науковою метою клоновані ембріони людини, дозволено вільне використання для наукових досліджень живих ембріонів не старше 14 днів. Проте Україна проти таких робіт і дотримується погляду, що створення людських ембріонів спеціально з науковою метою повинно бути поза законом.

Ряд дослідників в країнах Європи і Америки сподівається, що «дорослі» ствові клітини виявляться такими ж за ефективністю, як і плодові ствові клітини. Вчені України, як і ряд провідних вчених США, вважають, що ще рано говорити, який вид ствової клітини буде максимально корисним для лікування взагалі і яких захворювань зокрема. Зіставлення характеристик ствових клітин, отриманих з різних джерел, – плодові і постнатальні (дорослої людини) – свідчать про наявність у кожного виду клітин переваг і недоліків.

При обговоренні етичних проблем клітинної і тканинної терапії, перш за все піднімається питання про етичність використання абортивного матеріалу для виготовлення біологічних препаратів, причому акцент, як правило, переноситься зі стану необхідності трансплантації таких біопрепаратів у стан етичності абортів.

Після «Abortio act», прийнятого в 1967 р. у Великобританії та рішення Вищого суду США (22 січня 1973 р.), де проголошується, що «плід не є юридичною особою, захищеною Конституцією США», у більшості західних країн легалізували аборти.

У чому полягає проблема права на життя на початковій стадії людського існування?

Визнання або невизнання цього права за людиною з моменту зачаття служить підставою безперервних (що останнім часом стали ще гострішими) суперечок з приводу *абортів* – штучного переривання вагітності. З одного боку, аборт залишається одним з найпоширеніших засобів контролю над народжуваністю, з іншого, це медичне втручання (особливо «за бажанням») кваліфікується як **аборт** – штучне переривання вагітності. У юридичному відношенні аборт пройшов шлях від заборони під страхом страти до повної легалізації як право жінки розпоряджатися функціями власного тіла. У етичному відношенні існують різні точки зору на аборт: 1) *консервативна* – аборт аморальний завжди і може бути дозволений тільки тоді, коли мова йде про врятування життя вагітної жінки; 2) *ліберальна* – затверджує абсолютне право жінки на проведення абортів безвідносно до віку плода; 3) *помірна* – вважає аборт етично виправданим лише тоді, коли плід не досяг певної стадії розвитку і якщо в даному конкретному випадку мають місце обставини, що виправдовують проведення цієї операції («селективний аборт»), порушення моральної заповіді «Не убий», а з боку лікаря, – ще і клятви Гіппократа.

Навіть у тих випадках, в яких ми визначаємо його як «вибір меншого зла», мова йде все-таки про зло – про замах на людське життя. Вирішення проблеми абортів багато фахівців ставлять, в першу чергу, в залежність від встановлення статусу ембріона: з якого часу зародок вважається дитиною, людиною? Чи правомірно розглядати ембріон, що розвивається, як особу? Чи володіє він (і якою мірою) людськими якостями і правами? Чи здатний він до відчуттів (особливо – до відчуття болю)? Необхідне чітке розділення двох істотно різних (у етичному відношенні) станів плоду: те, якому ми не приписуємо ніякого «людського» змісту, і те, за яким цей зміст вже признається.

4. Екстракорпоральне (штучне) запліднення (ЕКЗ) – сучасний біотехнологічний метод подолання безпліддя

Які етичні проблеми породжуються розвитком репродуктивних технологій?

Досягнутий до теперішнього часу рівень розвитку біотехнології, що вторглася у вирішення питань життя і смерті, примушує звернутися до

проблеми етичного обґрунтування втручання в біологічні процеси, відповідальні за *початок людського життя* – відтворення потомства.

1. Найбільш гострі моральні проблеми виникають при здійсненні **пренатальної діагностики**, що сприяє виявленню різних спадкових і хромосомних захворювань, а також захворювань, пов'язаних зі статтю дитини, природженими дефектами метаболізму, аненцефалією та ін.

Пренатальна діагностика дозволяє батькам, які «сумніваються», переконатися, що їх дитина здорова, або ухвалити правильне рішення з приводу долі майбутньої дитини з природженими дефектами. Разом з тим вона часто ставить батьків і медиків перед складними і болісними проблемами. Це, зокрема, питання про *селективне проведення абортів* у разі виявлення у плода захворювання, яке піддається лікарській терапії; або виявлення хромосомних аномалій, які можуть *не позначитися негативно* на здоров'ї дитини. У всіх складних випадках лікар при консультуванні повинен дотримуватися етично нейтральної позиції, а право остаточного рішення щодо проведення абортів слід надати батькам. Разом з тим пренатальна діагностика не повинна ставати підставою для проведення абортів, наприклад, при виборі статі дитини або з урахуванням інших забажанок батьків.

2. Серйозні моральні проблеми виникають при використанні принципів нових шляхів **подолання безпліддя**, включаючи зовнішнє втручання в репродуктивні процеси організму. Останніми роками широкого поширення набуло **екстракорпоральне (штучне) запліднення (ЕКЗ)**. У багатьох країнах налічуються тисячі дітей, зачатих поза організмом жінки – *in vitro* (в пробірці). Разом з тим ці найгуманніші технологічні можливості викликали до життя нові варіанти їх використання і нові проблеми. З'явився феномен так званого «сурогатного материнства», що породив ряд проблем етичного і юридичного характеру, які можуть серйозно порушити моральний клімат в родині, що «прийняла» дитину, виношену сторонньою жінкою, і найголовніше – ускладнити життя дитини. Навіть якщо дитина, «зачата в пробірці», виношується біологічною матір'ю, можливі інші етичні проблеми. Так, з огляду на те, що донорська сперма може зберігатися для запліднення деякий час у замороженому вигляді, як оцінити з етичної точки зору той факт, що чоловік може стати батьком дитини після своєї власної смерті? Чи варто піддавати хірургічному втручанню здорову жінку і використовувати такі складні технології, щоб дати дітей безплідним сім'ям, коли в світі так багато нещасних дітей, які чекають усиновлення? Неоднозначна і відповідь на питання про те, етична чи неминуча при штучному заплідненні цілеспрямована або випадкова «селекція», якщо майбутні батьки хочуть підібрати для своїх дітей «найрозумніших», «найздоровіших» або «найкрасивіших» носіїв генів. Чи не може це призвести до своєрідного расизму, якщо подібна мета буде в пріоритеті у всього суспільства?

3. Бурхливий розвиток репродуктивної біотехнології породжує ряд практичних проблем, що стосуються *наукових досліджень* у цій галузі

і пов'язаних із статусом ембріона. У разі можливих або виявлених аномалій чи може і чи повинен плід бути знищений, і на якому етапі його розвитку це допустимо? Хто є власником «надмірних» ембріонів, які зазвичай виникають як «побічний продукт» при штучному заплідненні *in vitro*? Чи можна використовувати ці «зайві» ембріони, які можуть зберігатися при низькій температурі без втрати життєздатності протягом тривалого часу, для проведення наукових досліджень і експериментів? Чи допустимі такі дослідження в принципі? Деякі фахівці вважають, що багато що тут залежить від здатності ембріона до відчуття, що визначається ступенем його розвитку. Оскільки центральна нервова система формується лише на 22-у добу вагітності, то граничним терміном експериментів вони вважають 30-добовий «вік» ембріона. Інші ж пропонують працювати і з «дорослішими» ембріонами, вдаючись в цих випадках до анестезії. Безумовно, на користь науки дослідження на ембріонах необхідні. Вони сприяють розробці нових засобів контрацепції, виявленню спадкових захворювань плода, подоланню безпліддя, вивченню механізмів спонтанних абортів, процесів дозрівання яйцеклітини, канцерогенезу, а також встановленню закономірностей розвитку людини як біологічного виду. Забороняти будь-які маніпуляції з ембріонами – це означає не тільки відмовитися від допомоги сім'ям, які не можуть мати дітей інакше, ніж за методиками ЕКЗ, а і закрити цілий науковий напрямок – ембріологію. Разом з тим з моральної точки зору повинно бути повністю заборонено проведення деяких видів експериментів на плодах. Так, ембріони, піддані тим або іншим діям, не повинні імплантуватися в жіночий організм. Ембріони людини не повинні імплантуватися в організм тварини. Неприпустимими також є несанкціонований продаж і придбання ембріонів.

Екстракорпоральне (штучне) запліднення (ЕКЗ) – сучасний біотехнологічний метод подолання безпліддя – зачаття *in vitro* (у пробірці): позаматкове запліднення яйцеклітини безплідної, але здатної до виношування дитини жінки спермою її чоловіка (або іншого чоловіка), а потім імплантація заплідненої яйцеклітини в її матку. Можливість ЕКЗ породжує ряд етичних проблем: від біологічних прав ембріона до соціальних проблем (допустимість / необхідність збереження анонімності донорів-чоловіків або сурогатних матерів для майбутніх дітей і їх офіційних батьків; небезпека своєрідного расизму при можливості цілеспрямованої або випадкової «селекції» донорів – носіїв «кращих» генів; знищення / збереження зародка в разі можливих або виявлених аномалій; проблема власності на «надлишкові» ембріони й ін.). Разом із тим заборонити маніпуляції з ембріонами – це означає не тільки позбавити деякі сім'ї можливості мати дітей за методиками ЕКЗ, але і закрити цілий науковий напрям – ембріологію, який допомагає вивчати генезис і механізм багатьох важких захворювань і шукати шляхи їх лікування.

Статус і права ембріона. Ембріон (від грец. *embryon* – зародок) – організм, що розвивається у ссавців, у тілі матері з яйцеклітиною в період

ембріонального розвитку в процесі перетворення зиготи на зародок. Етичне вирішення проблеми статусу і прав ембріона залежить від відношення суспільства до *прав Живого* і двох різних *станів плода*: стану, який не має ніякого «людського» змісту, і стану, за яким цей зміст вже признається. У основі заборони на використання ембріона або його тканин з метою біомедичних досліджень лежить зіставлення гіпотетичної користі для людства і реальних прав конкретного ембріона. Захисники прав ембріона посиляються на святість і недоторканість людського життя з моменту зачаття, стверджуючи, що плід володіє всіма правами, властивими людині. Тому, позбавляючи ембріон життя, ми вбиваємо те, що може стати особою – це *«консервативна позиція»*. Заперечення прав ембріона – *«ліберальна позиція»*, що відмовляє плоду в самостійному статусі навіть на найпізніших стадіях вагітності («обговорювати права плода так само безглуздо, як обговорювати «права» апендикса») і що надає право вибору долі ембріону матері або медикам. *«Помірна позиція»* ґрунтується на точці зору сучасної біології і ембріології, згідно з якою людина як біологічний індивідуум формується відразу після злиття батьківських статевих клітин, коли утворюється неповторний набір генів, і вимагає відповідального відношення до ухвалення рішення.

5. У чому полягає проблема права на життя на початковій стадії людського існування? Чи має право на життя ембріон з відхиленнями розвитку?

Етичні проблеми використання ембріональних стовбурових клітин. Ембріональні стовбурові клітини (ЕСК) – це клітини, виділені з ранніх ембріонів, які можуть самостійно існувати в недиференційованому стані, зберігаючи можливість диференціюватися в будь-яку тканину, завдяки чому вони є потенційними постачальниками тканин для трансплантації і лікування багатьох хвороб. Основна етична проблема полягає в тому, що ЕСК одержують із ембріонів, культивованих *in vitro* для штучного запліднення, використання ж людських ембріонів для цілей біотехнологій неприпустимо з точки зору біоетики і заборонено в більшості країн. Аргументом на користь застосування ЕСК є та обставина, що дослідження проводяться на «приречених» ембріонах, з яких ніколи не виникне людське життя («зайві» при штучному заплідненні або отримані в результаті абортів). Існують консервативна, ліберальна і помірна позиції з цього питання. Проте навіть ті, хто не вважає не тільки ембріон, але і новонароджене немовля особою, вимушені визнавати потенційні можливості ембріона, який розвивається, – його здатність з часом при сприятливих обставинах стати особою. У будь-якому випадку ембріон, який розвивається в організмі вагітної жінки, є ембріоном людини. Одне це накладає на нас певні моральні зобов'язання по відношенню до нього. Тому з погляду біомедичної етики, аргументи на захист аборту неприйнятні, бо вони містять в собі санкцію

на замах на людське життя. Ідея А. Швейцера про «благочиння перед життям» розповсюджується і на це життя, що ще тільки зароджується.

Чи має право на життя ембріон з відхиленнями розвитку?

Особливо складно вирішується в суспільстві питання про право на життя новонароджених (або ще не народжених) дітей з серйозними *дефектами розвитку*. Деякі фахівці вважають, що коли немає підстав сподіватися на те, що дитина в процесі свого розвитку стане особою, або якщо розміри емоційного і/або матеріального збитку, що наноситься сім'ї доглядом за дитиною, виключно великі, то етично допустимим є рішення про припинення лікування і реанімації таких «неповноцінних» немовлят. Очевидно, що така система міркувань базується не на медичних і етичних, а на утилітарно-прагматичних міркуваннях. Такі рішення не враховують бажання і права на життя самої дитини і обумовлені небажаністю (для кого?) продовження життя цього новонародженого. Теоретичним обґрунтуванням подібного *утилітаристського підходу* є точка зору на людську особу, згідно з якою визначальною ознакою особи є здатність пізнавати, страждати, переживати емоційний стан щастя, мати минуле і майбутнє. Тому «нормальне» немовля має передбачуване право на життя, а новонароджений з серйозними дефектами розвитку – ні. Автори такого підходу пропонують діяти за принципом рівного обліку інтересів всіх: не тільки дитини, але і батьків, можливо, їх наступної дитини, найближчого оточення і суспільства в цілому. І якщо на немовля чекає бідне, убоге життя «неповноцінної» людини, що не має ніякої цінності ні для нього, ні для інших (батьків, суспільства), то йому краще не жити. Якщо ж немовля має життєві перспективи, навіть і не такі, як у нормальних дітей, то немає необхідності йти на крайні заходи. У будь-якому випадку рішення ухвалює не дитина, а хтось за неї. При цьому в оцінку життєвих перспектив включається не тільки тяжкість захворювання, на яке страждає немовля, але також готовність і здатність суспільства надати допомогу таким людям, створити їм умови для життя. Згідно ж із точкою зору біомедичної етики право такого новонародженого на життя може бути поставлене під сумнів тільки тоді, коли немає серйозної надії на те, що подальше життя дитини не зведеться до безглузлого існування. Тільки у тому випадку, коли рішення ухвалюється виключно на користь дитини і лише її самої, а такі побічні чинники, як витрати або незручності сім'ї не впливають на характер схвалюваного рішення, воно може бути виправдане морально і юридично. Тому з дитиною, у якій при появі на світ виявлені серйозні дефекти розвитку, слід поводитися майже так, як зі «звичайною» дитиною, оскільки будь-який новонароджений з погляду біомедичної етики є *особою, що має право на життя*. При цьому суть етичних аргументів зводиться до наступного:

1) право новонародженого на життя тим «сильніше», чим вище його потенційна можливість стати особою;

2) народження немовляти – зазвичай велика радість для його батьків, тому його смерть завдає їм помітного збитку;

3) навіть небажана дитина може принести радість іншим особам, які усиновлять її;

4) хоча право «дефектного» новонародженого ставиться під сумнів, це не означає, що він взагалі не володіє ніякими правами, і нам слід поважати його права.

Рівень штучних абортів залишається серйозною етичною проблемою в Україні, незважаючи на зниження їх чисельності за останні роки. За даними опитування, основною причиною переривання вагітності є неблагополучне матеріальне положення подружніх пар, а також медичні показання. Останньому в даний час сприяє впровадження в Україні методів генетичного тестування і точнішого визначення важких спадкових захворювань і дефектів плода.

Таким чином, головне питання – чи етично використовувати тканини і клітини мертвого плода для створення препаратів, що ефективно допомагають при багатьох патологіях, або етично утилізувати (викидати) їх? Чому отримання органів і тканин від померлої дорослої людини є виправданим, а від мертвого плода – ні? Американські дослідники Landry і Zucker (2005 р.) запропонували провести аналогію між отриманням помертвих органів для трансплантації і використанням тканин мертвого ембріона (маються на увазі штучно створені ембріони).

У США в 1999 р. був введений 5-річний мораторій на державне фінансування програм, пов'язаних з експериментами на людських ембріонах, прийнята резолюція, що забороняє дослідити з клонування людини. Проте уряд США відмінив мораторій на державне фінансування наукових проектів, що виконуються з використанням ліній ЕСК, отриманих в інших країнах, або ЕСК, виділені раніше біотехнологічними фірмами в самих Сполучених Штатах.

Науково-дослідні роботи з ембріофетальними тканинами ведуться в багатьох країнах світу, навіть у тих, де широко обговорюються питання їх використання з етичної і релігійної точок зору. Наприклад, в США ще у 1979 р. при Національному інституті стандартів і технологій США був створений Національний банк зразків для біомоніторингу, в Каліфорнії – банк фетальної нейротканини і спинномозкової рідини. Особливе місце займає Міжнародний інститут нових медичних технологій, що одержує фетальні тканини з інших країн і поставляє їх у 86 інститутів США, а також у приватні компанії і лабораторії.

Вельми інтенсивно працюють з фетальними тканинами і створені Банки тканин в Канаді, Великобританії, Швеції, Німеччині і навіть при католицькому університеті в Римі.

У прийнятому в Україні Законі про трансплантацію передбачається використання фетальних матеріалів людини (після штучних абортів і по-

логів). Учені України вважають за доцільне розробку питань і принципів, якими необхідно керуватися при роботі з фетальними тканинами і які стосуються трьох сторін: жінки, яка ухвалила остаточне рішення про переривання вагітності, фетального матеріалу і дослідника. Початок такої роботи був покладений співробітниками Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця спільно з Центром ембріональних тканин, які розробили методичні рекомендації «Етичні питання та норми при роботі з ембріональними тканинами людини» (Київ, 2004 р.). У цих методичних рекомендаціях відбиті основні етичні принципи роботи з фетальними тканинами. Та все ж ця робота вимагає продовження.

Сьогодні в Україні дозволено проведення клінічних випробувань (наказ МОЗ України № 630 «Про проведення клінічних випробувань стоволових клітин», 2007 р.) з лікування наступних патологій із застосуванням стовбурових клітин: панкреонекроз, цироз печінки, гепатити, опікова хвороба, цукровий діабет 2-го типу, розсіяний склероз, критична ішемія нижніх кінцівок.

Інший напрямок вирішення спірних біоетичних проблем – пошук альтернативних джерел стовбурових клітин. Одним із таких джерел, як зазначалося вище, є аутологічні стовбурові клітини, отримані у дорослих людей і розмножені при спеціальних умовах культивування. Інше джерело – стовбурові клітини кордової (пуповинної) крові. Стовбурові гемопоетичні клітини пуповинної крові за своєю проліферативною здатністю перевершують кровотворні клітини дорослої людини. Крім того, імунологічна реакція «трансплантат проти господаря» у хворого при трансплантації клітин пуповинної крові менш виражена, що дозволяє застосовувати це джерело навіть у випадках часткової несумісності за HLA-генами донора і реципієнта.

Робота лікаря, лікаря-ученого базується, перш за все, на принципах моралі і етики: «не нашкодь», «врятувати життя за будь-яку ціну». З лікарської точки зору будь-який пацієнт незалежно від віку, тяжкості і характеру захворювання повинен отримати весь сучасний арсенал медичної допомоги для збереження життя. І завдання держави – підтримати перспективні напрями медицини всіма доступними їй засобами.

Експериментальні і доклінічні дослідження показали високу лікувальну ефективність методів клітинної і тканинної терапії, доцільність їх використання в програмах лікування цілого ряду важких захворювань і станів. Як свідчить одне з основних положень ВООЗ, що стосується різних лікувальних засобів – «все, що робиться для збереження здоров'я людини, етично виправдано». Велика медична і соціальна значущість клітинної і тканинної терапії як засоби реальної допомоги хворим людям, що потребують її, вимагає формування чіткої нормативно-правової бази, її застосування і вирішення комплексу біоетичних проблем.

6. Етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя.

Сурогатне материнство (СМ). Етичні проблеми. СМ (від лат. *surrogatus* – замінюючи іншого) – виношування дитини сторонньою жінкою, яка не є його генетичною матір'ю. «Сурогатна мати» – це жінка, яка виношує чужий ембріон, плід, імплантований в її організм (запліднену спермою чоловіка яйцеклітину іншої жінки, яка не може або не хоче виношувати дитину). Етичні проблеми виникають через обопільні претензії генетичних батьків і сурогатної матері з приводу «приналежності» дитини, яка народилась.

Які етичні проблеми супроводжують розвиток генетики?

Сьогодні вже очевидно, що генні технології володіють величезним потенціалом і можливостями дії на людину і соціум. Проте перспективи ці виявляються подвійними. Відзначаючи наукові і економічні перспективи **генної інженерії**, необхідно мати на увазі й ті небезпеки, що можуть виникнути при подальшому проникненні людського розуму в природні сили. Тому, з погляду біомедичної етики, ставиться питання: *чи завжди в галузі генної технології можна робити те, що можна зробити?* Мова йде не про те, щоб сказати «так чи ні» її розвитку, а щоб освітити позитивні і негативні сторони проблеми. Генна технологія дала людству перевагу, якою воно раніше не володіло: здатність цілеспрямовано і швидко змінювати природне середовище і самого себе. Чи зуміє людина розпорядитися своєю владою, що збільшилася? Чому повинна відповідати *нова етика поводження з Живим?* Щоб відповісти на це питання, слід мати на увазі наступне:

- Генна технологія – не універсальний засіб, а продуктивний метод, який може бути застосований в біотехнології, клітинній біології, генетиці людини і за допомогою якого людство може покращувати в майбутньому спадковість людини, перемагати багато хвороб.

- Ефективність нової технології, види і обсяг її застосування повинні визначатися під час наукових і суспільних дискусій, що вже виявили дві основні позиції: одна, слабкіша – скептична оцінка генної інженерії, інша, сильніша – оптимістична.

- Можливість розпоряджатися життєвими процесами не повинна привести до зловживань (конструювання нового життя може стати злом, тому що це життя починає існувати самостійно і відтворювати саме себе).

- Нове біологічне знання відкриває нові можливості генетичного контролю над індивідом. Кожна людина несе в собі немало «дефектних» генів. Знання про вид і розмір цього «баласту» не повинне вести до соціальної і професійної дискримінації, психічних переживань. Сьогодні **генна технологія і біотехнологія** можуть втручатися в долю людини. Все, що їм вдається робити з мікроорганізмами і окремими клітинами, принципово можливо зробити з людиною, людською яйцеклітиною. При цьому деякі вчені вважають, що їх діяльність ні в чому не повинна бути обмежена: те, що вони *хочуть*, вони *можуть* і *повинні* робити. Проте наукова «цікавість», що задовольняється за будь-яку ціну, небезпечна і не сумісна з гуманністю

етики. У сфері генетичної біомедицини загострюються або модифікуються традиційні проблеми біомедицини етики. Так, знаходить нові аспекти проблема збереження лікарської таємниці при *генетичному тестуванні*. Об'єктом «етичної турботи», суб'єктом дотримання принципу конфіденційності і збереження лікарської таємниці стає тут не тільки пацієнт і його родичі, але і діти, що ще не народилися. Вимагає етичної експертизи і *генетична паспортизація* – складання особистих паспортів, у яких наголошується генетична схильність до спадкових і деяких інших захворювань, – експеримент, початий нещодавно в Росії. Це викликає стурбованість можливістю втручання в особисте життя громадян і небезпекою генетичного апартеїду – дискримінації за станом здоров'я.

Які моральні проблеми породжуються успіхами клонування?

Благополучна поява на світ і нормальний розвиток овечки Dolly, мавпочки Tetra і кошеняти Little Nicky примушують не тільки радіти торжеству людського генія, але і виражати певний неспокій, особливо якщо мова йде про **клонування людини**. Побоювання викликають як серйозні медико-біологічні, так і етичні, правові проблеми, які людство поки не готове вирішувати. Перш за все це проблема *визначення статусу отриманого клона*. Чи буде клон самостійною автономною особою? Яке місце він отримає в суспільстві? Чи треба його походження зберігати в таємниці? Як вирішуватимуться проблеми його подальшого відтворення? Неправильне вирішення цих проблем і небезпека зловживань, спекуляцій на них можуть скомпрометувати саму ідею і науковий пошук. У будь-якому випадку завдання біомедицини етики – не забороняти дослідження і не накладати мораторії на нову і стару.

Клонування. Етичні проблеми. Клонування (від грец. *klon* – гілка, нащадок) – штучне створення генетично ідентичних початковим клітин, тканин, організмів шляхом нестатевого розмноження. Може бути використано для тиражування цінних порід тварин, збереження рідкісних видів, створення тканин або органів, необхідних для трансплантології («*терапевтичне клонування*»). Існує теоретична можливість створення генетичних копій людини з окремої клітини, проте ідея клонування людини піддається всебічній біоетичній експертизі. *Медико-біологічна* мотивація заборони на клонування людини пов'язана, в першу чергу, з високим відсотком невдач – пошкодження ембріонів, мертвородження при клонуванні тварин. Крім того, в процесі культивування клітин можуть виникати мутації, що може привести до народження генетично неповноцінних дітей. Існують дані про передчасне старіння клонованих організмів через те, що кожна клітина має свій ліміт ділення, а клонований організм походить не з «молодої» статевої клітини, а зі «старої» соматичної клітини, що вже пройшла велику кількість ділення. З *етичної* точки зору у клонування людини також є прихильники і супротивники. Прихильники клонування людини бачать в ньому, перш за все, перспективний репродуктивний спосіб, яким можуть скорис-

татися люди, що не мають можливості інакше відтворити свої гени і отримати в результаті власну дитину. Гіпотетично клонування людини може дати можливість «розмножувати» геніальних людей, забезпечувати комусь «безсмертя», створюючи його копію. Супротивники вказують на те, що результатом клонування стає не дитина своїх батьків, а однаєїцевий близнюк батька або матері, що породжує нові моральні і правові проблеми. З іншого боку, існує певна небезпека зловживань і спекуляцій на нещасті бездітних людей. Тому в даний час існує заборона на клонування людини (Конвенція Ради Європи «Про права людини», додатковий протокол 2002 р.). Допустимим є лише клонування тварин і окремих органів людини, необхідних для трансплантації, що проводиться при відповідному етичному контролі. **Клонування терапевтичне** – це напрямок сучасної генетики, метою якого є клонування не цілісного організму людини, а окремих його органів і клітин в інтересах лікування хворих, зокрема для трансплантації. Один із запропонованих методів – клонування і використання ембріональних стовбурових клітин, що повертає дослідників до етичних проблем.

Генетика (від грец. *genesis* – походження) – галузь біології, що вивчає закони спадковості і мінливості живих організмів, методи управління спадковістю і спадковою мінливістю для отримання потрібних людині форм організмів або з метою управління їх індивідуальним розвитком. Залежно від об'єктів, що вивчаються, розрізняють генетику мікроорганізмів, рослин, тварин і людини. *Генетика людини* – галузь генетики, тісно пов'язана з антропологією і медициною. Підрозділяється на *антропогенетику*, що вивчає спадковість і мінливість нормальних ознак людського організму, і *генетику медицину*, яка вивчає спадкову патологію людини (спадкові хвороби, природжена потворність та ін.).

Генетична (генна) інженерія являє собою наступне:

1. Сучасна біотехнологія, отримання нових комбінацій генетичного матеріалу шляхом маніпуляцій, що проводяться поза клітиною, з молекулами нуклеїнових кислот, і перенесення створених конструкцій генів у живий організм, внаслідок чого досягається їх включення і активність в цьому організмі і у його потомства.

2. Наука про генетичне конструювання нових форм біологічно активної ДНК, нових форм клітин, цілих організмів за допомогою штучних прийомів перенесення генів.

3. Сукупність розділів молекулярної і клітинної біології, для яких характерна синтетична методологія експерименту, що дозволяє змінювати структуру гена, створювати нові гени або конструювати химерні гени. Генна інженерія розробляє різного роду біотехнології, реалізує можливості введення чужорідних або модифікованих генів у геном соматичних клітин для генної терапії деяких захворювань людини (наприклад, при бета-таласемії в дефектні клітини кісткового мозку вводиться бета-глобіновий ген).

Відзначаючи наукові і економічні перспективи генної інженерії, необхідно мати на увазі і її етичні аспекти. Генна інженерія має можливість генетичного контролю над організмами, може вести до соціальної і професійної дискримінації людей. Стають реальними: направлена зміна спадкового матеріалу; ідентичне відтворення генетично запрограмованої особи – *клонування*, що має величезне практичне значення для сільського господарства, медицини і промисловості, але викликає тривогу відносно деяких можливих маніпуляцій з людиною (наприклад, створення химер «людина-тварина» із спадкового матеріалу різних видів при ксенотрансплантації) та ін. Особливо відповідально слід віднестися до можливостей генної інженерії в майбутньому синтезувати невідомі раніше гени і вбудовувати їх у вже існуючі організми. Нові «сконструйовані» організми, які потрапили в наше місце існування, принципово відрізнятимуться від тих істот, поведінка яких давно вивчена, і тому вони можуть бути набагато небезпечніше. Особливо серйозні моральні проблеми виникають при зміні генома зародкових клітин людини.

Генетична паспортизація – отримання відомостей про генетичні особливості організму і складання на їх основі *генетичних паспортів*. Розшифровка генома людини зробила можливим визначення наявності в генотипі людини різних мутацій або поліморфних станів генів з метою визначення схильності до спадкової патології або певних видів діяльності. При народженні дитини (і до її народження) можна виявити *спадкові захворювання*, що неминуче з'являться (наприклад, хвороба Альцгеймера в зрілому віці), або *схильність* до спадкових захворювань. Складною етичною проблемою є питання доступності цієї інформації при генетичній паспортизації для самої людини і сторонніх осіб. Інформація про виявлення *спадкової схильності* до захворювань дозволяє прийняти профілактичні заходи. Багато спадкової патології (фенілкетонурія, муковісцидоз та ін.) є предметом обов'язкового тестування при народженні дитини з метою попередження інвалідності і летальних результатів. Разом із тим при виявленні невиліковної хвороби у людини можуть виникнути проблеми, наприклад, зі влаштуванням на роботу та ін. В принципі генетична паспортизація важлива і корисна, оскільки дозволяє людині правильно розпорядитися своєю долею.

Генетично модифіковані організми (ГМО) – живі організми, що містять нову комбінацію генетичного матеріалу, отриману за допомогою генетичної інженерії. З одного боку, ГМО можуть значною мірою сприяти вирішенню проблем сільського господарства і охорони здоров'я. З іншого, неконтрольоване створення і вивільнення ГМО в навколишнє середовище може привести до небажаних наслідків для здоров'я людини і несприятливих екологічних наслідків. Побоювання екологів пов'язані з тим, що вивільнення в навколишнє середовище сільськогосподарських рослин і тварин, у геном яких привнесені чужорідні, не характерні для них гени мікроорганізмів або вірусів, може приводити до зміни природних біоценозів, появи

нових, агресивніших патогенів, бур'янів, ураження організмів, трансгенних ознак, що не є мішенями, та ін. Щоб уникнути небезпеки, існує ефективна система оцінки безпеки ГМО для здоров'я людини і навколишнього середовища. Вона містить цілу низку захисних заходів для отримання свідчення про державну реєстрацію трансгенного сорту, що дає право використовувати ГМО в господарській діяльності.

Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань

1. Чоловік загинув в результаті нещасного випадку. Чи треба, на вашу думку, просити дозвіл у сім'ї загиблого на забір нирки для пересадки хворому?
 - А. Провести забір нирки можна без дозволу родичів.*
 - В. Провести забір нирки можна тільки після дозволу родичів.*
 - С. Забір органів у загиблих в результаті нещасного випадку не можливий за жодних умов.*
 - Д. Забір органів і тканин в загиблих в результаті нещасного випадку можливий тільки з дозволу слідчих органів.*
 - Е. Забір органів для пересадки проводиться тільки з урахуванням біологічної сумісності.*
2. Після автокатастрофи у хворого з'явилися ознаки порушення діяльності вищих відділів мозку. З боку внутрішніх органів змін виявлено не було, хоча і жив він за допомогою штучної вентиляції легенів. Батьки зажадали відключити апаратуру ШВЛ. Які дії лікаря?
 - А. Продовжувати реанімаційні заходи.*
 - В. Погодитись з рішенням родичів і припинити реанімаційні заходи.*
 - С. Порадитись з головним лікарем.*
 - Д. Вирішити питання за допомогою консиліуму фахівців.*
 - Е. Всі варіанти вірні.*
3. У опікове відділення поступив актор, у якого уражена значна поверхня шкіра обличчя і верхніх кінцівок. Хворий в свідомості, просить лікаря «допомогти» йому померти», оскільки розуміє, що не зможе продовжити професійну діяльність. Які дії лікаря?
 - А. Продовжувати реанімаційні заходи.*
 - В. Виконати побажання пацієнта.*
 - С. Порадитись з головним лікарем.*
 - Д. Вирішити питання за допомогою консиліуму фахівців.*
 - Е. Дати хворому заспокійливе і запросити психотерапевта.*
4. У хворого діагностували черепно-мозкову травму, несумісну з життям. Лікар вирішує ввести ліки для зупинки серця. Визначити дії лікаря.
 - А. Дії лікаря вірні.*
 - В. Лікар не правий.*
 - С. Лікар повинен був порадитися з родичами хворого.*
 - Д. Лікар повинен погоджувати дії із завідуючим відділенням.*
 - Е. Рішення лікаря потрібно погоджувати з консиліумом.*

5. Після смерті хворого його родичам було запропоновано провести забір органів померлого. Родичі категорично відмовляються дати дозвіл на забір органів. Якими повинні бути дії лікаря?

A. Погодитись з родичами.

B. Незважаючи на заборону, провести операцію по забору органів.

C. Відправити труп в патолого-анатомічне відділення.

D. Віддати труп родичам для поховання.

E. Всі відповіді можливі.

**Тема 11. Деонтологічні проблеми права пацієнта на смерть:
поняття про еутаназію активну і пасивну;
морально-деонтологічні погляди на суїцид;
статус мертвого тіла в медицині**

Актуальність теми. Етичні проблеми, які постають перед лікарем при наданні допомоги помираючим хворим, пацієнтам з невиліковними захворюваннями, з «безнадійним» перебігом відносно життя, знаходяться в центрі уваги суспільства та медиків. Оптимальні шляхи полегшення страждань таких пацієнтів – забезпечення їх прав на гідне життя і гідну смерть є одним з найважливіших питань сучасної медицини.

Загальна мета. Забезпечити можливість студентам засвоїти питання еутаназії, хоспісу та правове регулювання діяльності лікаря .

Конкретні цілі:

1. Засвоєння поняття «еутаназія»
2. Ознайомитися з діяльністю хоспісу.
3. Засвоїти основні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря.

Теоретичні питання:

1. Визначити поняття «термінальний стан», «клінічна і біологічна смерть».
2. Визначити поняття «вмирання з гідністю».
3. Визначити статус мертвого тіла в медицині.
4. Визначити поняття «еутаназія».
5. Основні види еутаназії.
6. Дати характеристику дистаназії і ортотаназії.
7. Характеристика «активної» і «пасивної» еутаназії.
8. Сучасний стан проблеми еутаназії.
9. Визначити поняття «хоспіс»: медичне і соціальне значення; основні функції хоспісів.

Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за навмисне вбивство?

A. № 115. B. № 119. C. № 134. D. № 141. E. № 145.

2. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за незаконно зроблений аборт?

A. № 115. B. № 134. C. № 138. D. № 319. E. № 367.

3. Яке з правових законодавств забороняє проводити евтаназію?
- А. Закон України «Про охорону здоров'я».*
 - В. «Основи законодавства України про охорону здоров'я».*
 - С. Закон України «Про трансплантацію органів і інших аналогічних матеріалів людини».*
 - Д. Конституція України.*
 - Е. Кримінальний кодекс України.*
4. Яка стаття закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» забороняє евтаназію?
- А. № 22. В. № 32. С. № 42. Д. № 52. Е. № 62.*
5. Що означає термін «евтаназія»?
- А. Легка смерть.*
 - В. Терапія фетальними тканинами.*
 - С. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.*
 - Д. Дії медперсоналу, направлені на припинення життя хворого.*
 - Е. Прискорення смерті на прохання тяжкохворого з невиліковним захворюванням.*
6. Що означає термін «активна евтаназія»?
- А. Дії медперсоналу, направлені на припинення життя хворого.*
 - В. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.*
 - С. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.*
 - Д. Легка смерть.*
 - Е. Прискорення смерті на прохання хворого.*
7. Дати визначення терміну «пасивна евтаназія»:
- А. Дії медперсоналу, направлені на припинення життя хворого.*
 - В. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.*
 - С. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.*
 - Д. Легка смерть.*
 - Е. Прискорення смерті на прохання хворого.*
8. Як Ви розумієте термін «ортотаназія»?
- А. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.*
 - В. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.*
 - С. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.*
 - Д. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.*
 - Е. Навмисне переривання життя хворого на прохання самого хворого.*
9. Що означає термін «дистаназія»?
- А. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.*
 - В. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.*
 - С. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.*
 - Д. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.*
 - Е. Навмисне переривання життя хворого на прохання самого хворого.*

- 10.** Дати визначення поняття «примусова евтаназія».
- А. Навмисне переривання життя хворого без його згоди.*
 - В. Лікар сприяє смерті хворого після того, як хворий визнаний невиліковним.*
 - С. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.*
 - Д. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.*
 - Е. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.*
- 11.** Що таке ятротаназія?
- А. Навмисне переривання життя хворого без його згоди.*
 - В. Лікар сприяє смерті хворого після того, як хворий визнаний невиліковним.*
 - С. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.*
 - Д. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.*
 - Е. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.*
- 12.** Як Ви розумієте термін «добровільна евтаназія»?
- А. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.*
 - В. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.*
 - С. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.*
 - Д. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.*
 - Е. Переривання життя хворого за його ж проханням (вбивство за проханням).*
- 13.** Що таке Хоспіс?
- А. Спеціалізована установа для надання меддопомоги хворим з невиліковними захворюваннями.*
 - В. Спеціалізована установа для надання меддопомоги хворим літнього і старечого віку.*
 - С. Спеціалізована установа для надання меддопомоги хворим з інвалідністю.*
 - Д. Лікувальна установа для надання невідкладної допомоги і догляду самотнім пацієнтам з невиліковними захворюваннями.*
 - Е. Медична установа для надання спеціалізованої допомоги хворим, які мають спадкову або вроджену патологію.*
- 14.** Біологічні ознаки смерті включають все перераховане, крім:
- А. Напруги м'язів.*
 - В. Повної зупинки дихання.*
 - С. Відсутності пульсу і серцевої діяльності.*
 - Д. Зникнення блиску в очах.*
 - Е. Розширення зіниць і відсутність їх реакції на світло.*
- 15.** Як називається наука про смерть?
- А. Танатологія.*
 - В. Євгенія.*
 - С. Евтаназія.*
 - Д. Сорогенія.*
 - Е. Ятрогенія.*
- 16.** Хто вперше запропонував термін «танатологія»?
- А. Поттер.*
 - В. Парк.*
 - С. Кант.*
 - Д. Харді.*
 - Е. Гіппократ.*

17. Для констатації «смерті мозку» донора створюється спеціальна бригада з фахівців, окрім:

А. Члена трансплантаційної групи.

В. Невропатолога.

С. Реаніматолога.

Д. Судового медичного експерта.

Е. Офіційного представника стаціонару, де перебуває пацієнт.

18. Найчастіша операція пересадки в трансплантології:

А. Нирок. В. Серця. С. Печінки. Д. Кісткового мозку. Е. Легень.

19. Хто зробив першу пересадку серця хворому?

А. К. Бернард.

С. В. Форсман.

Е. К. Леопольд.

В. В. Деміхов.

Д. Д. Шара.

20. Генна інженерія – це:

А. Маніпуляція генетичним матеріалом з метою створення заздалегідь запрограмованого організму.

В. Перенесення інформації з ДНК на РНК з метою створення нових організмів.

С. Створення організмів, які є генетичною копією іншого організму.

Д. Операція заміщення тканин пацієнта тканинами з іншого організму.

Е. Генетична селекція з метою поліпшення генофонду нації і всього людства.

21. Клонування – це:

А. Створення організмів, які є генетичною копією іншого організму.

В. Маніпуляція генетичним матеріалом з метою створення заздалегідь запрограмованого організму.

С. Перенесення інформації з ДНК на РНК з метою створення нових організмів.

Д. Генетична селекція з метою поліпшення генофонду нації і всього людства.

Е. Операція по заміщенню тканин пацієнта тканинами з іншого організму.

Теоретичний матеріал

1. Визначити поняття «Термінальний стан», «клінічна і біологічна смерть»

У чому полягають етичні проблеми відношення до смерті?

Багато тлумачень смерті можна знайти в тлумачних довідниках: «Смерть – це кінець життя» (Оксфордський академічний словник), «Смерть (вмирати), смертушка – кінець земного життя, розлучення душі з тілом, вмирання, стан віджилого. Смерть людини, кінець плотського життя, воскресіння, перехід до вічного, духовного життя» (Тлумачний словник В. Даля).

У грецькій міфології смерть уособлена в образі Танатоса (Таната), що належить до старшого, доолімпійського покоління богів. Танат (смерть) був братом Гіпноса (гіпнос – сон) і перебував з ним у царстві мертвих – аїді, вилітаючи звідти, щоб забрати душу у жертви і напитися її крові. На ім'я Таната названа наука про смерть – танатологія, яка розглядає біологічні та медичні аспекти.

Важливою сучасною етико-філософською проблемою є визначення *статусу смерті*: у якому сенсі слід визнати її існування? Якщо смерть існує, то існує вона як *вмирання*, як перехід однієї якості в інше: *живого – в мертва*. Межею ж буття і небуття живого виступає особливий вид існування – «клінічна смерть». Її специфічна особливість – принципова *оборотність*, яка породжує етичний імператив, спонукаючи до надання негайної допомоги вмираючому. **Смерть** – природне явище, що вінчає кінець життя. **Смерть** – припинення життєдіяльності організму і внаслідок цього – загибель індивіда як відособленої живої системи. Визначення філософсько-онтологічного *статусу смерті* припускає вирішення проблеми існування і суті смерті.

Смерть клінічна (КС) – особливий вид існування – *термінальний стан*, межа буття і небуття живого; процес *вмирання* як перехід однієї якості в іншу. Часовий інтервал, який характеризує клінічну смерть – 5–6 хв (іноді менше) – кількісно виражена *міра* життя, що ще зберігається. Навколо поняття і суті клінічної смерті ведуться безперервні суперечки. Одні вчені вказують на те, що клінічна смерть «вже не є життям, але ще не є смертю» (В. А. Неговський). Інші вважають її «якісно особливою формою життя», оскільки з біологічної точки зору при клінічній смерті ще зберігається достатня кількість «елементів життя», багато функцій яких лише припинилися (А. Я. Іванюшкін). Звідси – специфічна особливість «клінічної смерті» – її принципова *оборотність*, яка породжує *етичний імператив*, що вимагає від медиків відношення до клінічної смерті як до стану, що потребує невідкладних заходів допомоги вмираючому.

Критерій смерті – ознаки, що визначають остаточний ступінь деградації життєвого процесу і об'єктивне настання смерті. Сучасні концепції пропонують вважати таким критерієм смерті людського індивіда омертвіння головного мозку. Саме в цьому випадку втрачається автономність і індивідуальність особи, оскільки носієм життя, що забезпечує її автономну цілісність, суверенність і індивідуальність (навіть у біологічному сенсі), є мозок. Тому *смерть мозку* є розщеплення підстави життя, бо саме в цьому випадку втрачаються її атрибутивні якості. Вибирати не доводиться: людина кінцева, життя обмежене зачаттям і смертю. Тому найважливіше етичне завдання – виробити механізми захисту від *страху перед смертю* – емоційні і раціональні. Можливість *емоційного захисту* від страху смерті англійський філософ Ф. Бекон вбачає в тому, що «нема в душі людини навіть найслабкішої пристрасті, яка не перемагала б страху смерті; а значить, смерть не може бути таким вже страшним ворогом, раз у людини цілараť, здатна її здолати. Помста торжествує над смертю; любов її зневажає; честь закликає її; горе шукає в ній притулок; страх передбачає її». *Раціональний захист* від страху перед смертю передбачався ще в стародавніх релігійних культах. Пом'якшують трагізм смерті вчення Сократа, Платона, Аристотеля про *безсмертя душі*. Простий доказ, що знімає страх перед

смертю, приводить Епікур: «...саме жахливе із злого, смерть, не має до нас ніякого відношення; коли ми є, то смерті ще немає; а коли смерть настає, то нас вже немає». Згодом ці та інші подібні ідеї сприймаються християнством і стають традицією європейського духовного життя.

Основна форма надання негайної допомоги вмираючому – (**реанімація**) – «оживлення» людини, повернення її до життя. Разом з тим процес реанімації нерідко повертає людину не тільки до життя, але і до страждань, або підтримує життя на такому низькому рівні, що це є нестерпним для хворого. Тому одна з найважливіших моральних проблем реаніматології – проблема вибору, ухвалення рішення про необхідність реанімації, її тривалість або припинення; вирішення питання про те, до яких пір розумні зусилля реаніматологів з продовження життя безнадійно хворої людини, і якими етико-правовими нормами слід при цьому керуватися.

Етичні проблеми реанімації. Реанімація (від лат. *reanimatio* – оживлення) – це сукупність заходів щодо «оживлення» людини в стані *клінічної смерті*. Заходи реанімаційної допомоги направлені на те, щоб затримати перехід від життя до смерті і якомога швидше відновити життєдіяльність організму. Основним регулятором для реанімації є чинник часу – кількісно виражена *міра життя*, що зберігається в умовах клінічної смерті. Етичні проблеми реанімації при вирішенні питання про збереження життя невиліковних хворих: наскільки етичні ідеали традиційної медичної етики, що приписують боротися за життя «до кінця», якщо хворий надає перевагу «легкій смерті»; при трансплантації – суперечність між необхідністю вилучення для пересадки ще «живого» донорського органа, для чого сам донор повинен бути вже необоротно мертвим; при продовженні життя хворого за допомогою апаратури – які аргументи будуть етично вагомими при відключенні апаратури, тобто по суті «вбиванні» хворого та ін.

Що слід вважати критерієм смерті?

З феноменом «клінічної смерті» тісно пов'язана етична проблема визначення **критерію смерті**: який ступінь деградації життєвого процесу слід вважати *смертю*, що *об'єктивно настала*? Сучасні концепції вважають таким критерієм *смерть головного мозку*. Саме в цьому випадку втрачається автономність й індивідуальність особи, оскільки носієм життя, що забезпечує її автономну цілісність, суверенність і індивідуальність (навіть у біологічному сенсі), є мозок. Тому *смерть мозку* є розщеплення основи життя, бо саме в цьому випадку втрачаються її атрибутивні якості. Проте при цьому можуть зберігатися деякі видимі ще ознаки життя (наприклад, скорочення серцевого м'яза), тому вікові медичні традиції не дають визнати людину мертвою. І тоді виникає питання: «Чи є відключення апаратури, що штучно підтримує існування, вбивством?» Це питання має не абстрактно-умоглядний характер, бо містить в собі етичні підстави для вирішення практичних завдань сучасної біомедицини. Одним з найбільш значущих прецедентів у цьому відношенні став «казус Клівлен», що змусив не тільки

медиків, але й етиків, філософів, юристів вирішувати непросте питання збереження або припинення життя молодій дівчині впродовж багатьох років, що перебувала в стані клінічної смерті, пов'язаному із смертю мозку. Як відноситися до цього феномена «вегетативного існування»: це життя чи ні, що слід робити в цій ситуації – підтримувати це існування або припиняти його, як кваліфікувати дії лікарів в останньому випадку. Сьогодні при відповідному медичному і економічному забезпеченні хворі у «вегетативному» стані можуть жити, точніше, існувати достатньо довго і після смерті мозку. Питання в тому, чи потрібно це, що це дає? Навіть у найсприятливішому випадку невідомо, чи повернеться до врятованої людини нормальна свідомість (адже пошкодження мозку до недавнього часу вважалися необоротними). Заради чого тоді зберігати це рослинно-тваринне існування, якщо людина перестала бути особою? Разом з тим сьогодні все частіше з'являються повідомлення про повернення до життя людей, що достатньо довго проіснували у вегетативному стані. Це ще більше ускладнює ухвалення лікарями рішення у разі констатації загибелі мозку. Чи можна говорити про прогрес медичного гуманізму у зв'язку з визнанням смерті мозку критерієм смерті людини? Чи не поступається медицина міркуванням утилітарної доцільності, обґрунтовавши і виправдовуючи право обривати нитку людського життя в цьому випадку? Подібні питання, в першу чергу моральні, постають і при обговоренні інших проблем БМЕ: евтаназії, трансплантології та ін.

2. Визначити поняття «Вмирання з гідністю»

Чи має людина право на смерть? Що означає «вмирання з гідністю»?

Логічним продовженням *права людини на гідне життя* як природного права кожної людини є визнання такого ж природного **права на гідну смерть**. **Право на гідну смерть** – природне право кожної людини, таке ж, як *право на гідне життя*, оскільки смерть – інша сторона життєдіяльності людини, що включає два аспекти.

1. **Право на смерть (ПС)**, засноване на моральному праві людини вільно, на свій розсуд розпоряджатися собою, своїм життям і смертю аж до відмови від лікування в ситуаціях, коли воно занадто болісне, безперспективне і веде до втрати людської гідності. Прихильники традиційної медичної деонтології висловлюються проти права на смерть, вважаючи, що воно не належить до таких фундаментальних людських цінностей, як право на життя, а у разі його визнання приведе до несприятливих для суспільства наслідків (масових зловживань, дискредитації лікарської професії, панічного страху хворих перед лікарями). Їх опоненти заявляють, що бажання, вільний вибір людини повинні вважатися вищим законом, визнання права хворого на припинення власного життя не містить в собі ніякої загрози суспільним інтересам, оскільки стосується сфери особистої свободи, що не належить соціальній регламентації.

2. Право на *гідну* смерть (ПГС), в якому виявляється родова суть людини – природне прагнення до отримання задоволення і уникнення страждань – фізичних і духовних. ПГС фіксує в собі моральні аспекти *достойнства*, що гармонізують життя окремої людини і суспільства в цілому. Не тільки відхід з життя з особистих міркувань, коли людина сама надає перевагу гідній смерті перед негідним життям, але і нестандартні ситуації, що породжуються науково-технічним прогресом у практиці медицини (трансплантація органів, підтримка людини в несвідомому, «вегетативному» стані, нові підходи до визначення критерію смерті та ін.) примушують суспільство переглядати, заглиблювати відношення до ПДС. Це право припускає етичну турботу про автономію і гідність вмираючого перш за все з боку медичних працівників, які повинні дати хворому правдиву інформацію про діагноз, про лікувальні процедури і доводи за і проти них, щоб пацієнт сам зробив вибір. ПДС включає поняття «вмирання з гідністю». У праві на гідну смерть і гідне вмирання можуть фіксуватися різні моральні цінності і переваги. Одна з крайніх форм реалізації права на смерть – *суїцид*, самогубство, на яке людина вирішується з особистих міркувань. У БМЕ моральні *проблеми вмирання виникають* як «інша» сторона життєдіяльності людини в результаті так званих нестандартних ситуацій у практиці медицини, примушуючи медичне співтовариство переглядати і заглиблювати зміст цінностей, що діють у ньому, зокрема, відстоюючи право хворого на смерть, «дане йому від народження» (Дж. Кеворкян, «доктор Смерть», США). Виробляються нові підходи до проблеми вмирання, зокрема, **«вмирання з гідністю»**. Сьогодні людина все частіше йде з життя не вдома, не в оточенні рідних і близьких, а в лікарні, де процес вмирання жорстко регламентується персоналом клініки і уявленнями, загальноприйнятими в медичній практиці. Будучи до цього вільним у виборі того, як йому слід розпорядитися своїм життям, в його фінальній стадії хворий виявляється скованим, а іноді і повністю позбавленим права голосу, вимушеним приймати той стиль поведінки, який вважається обов'язковим в громадській думці. Разом з тим вмирання з гідністю повинне включати і пошану до особистої унікальності людини, її світоглядних, етичних, релігійних або атеїстичних поглядів і переконань, національної приналежності. **«Вмирання з гідністю»** символізує етичну турботу про вмираючого хворого, що виявляється в шанобливому відношенні до його тілесної і духовної гідності. «Вмирання з гідністю» має однакове відношення як до особистої гідності, так і до гідності суспільства, яке своїми діями повинне охороняти гідність кожної людини; включає психологічне і естетичне вимірювання: повагу до особистості пацієнта, до його поглядів і переконань; турботу про гігієнічний і естетичний стан тіла вмираючого. «Вмирання з гідністю» припускає також добре обдумане рішення піти з життя самого хворого, яке слід розглядати як прояв самоповаги особи, оскільки воно пов'язане з ціннісним підходом до життя. Поява нової – гуманістичної моделі взаємин

людей, автономність особи, що посилюється, впровадження в практичну медицину досягнень науки, які продовжують існування тяжкохворого, але не завжди покращують якість *його життя*, – все це внесло нові відтінки до поняття «вмирання з гідністю», вимагаючи від медичного персоналу особливо дбайливого етичного відношення до вмираючого хворого.

Спроби вирішити проблему «вмирання з гідністю» робляться сьогодні з двох протилежних сторін: впровадження *хоспісного руху* і відстоювання права на *евтаназію*.

3. Визначення поняття «евтаназії». Основні види евтаназії. Характеристика «активної» і «пасивної» евтаназії, дистаназії і ортотаназії

У чому суть моральних проблем евтаназії?

Один з найважливіших аспектів проблеми «вмирання з гідністю» – право хворого на рішення *добровільно піти з життя*, зроблене ним обдумано, з урахуванням свого психічного і фізичного стану, смерті, що штучно наближається – право на **евтаназію**.

Евтаназія (від древнегрец. *eu* – добре і *thanatos* – смерть) – поняття, що означає навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого, який перебуває в термінальному стані, з метою припинення його страждань. Людина, яка вмирає, має право визначити, що для неї важливіше: бути людиною, яка володіє самосвідомістю і розумом, або просто залишитися ще якийсь час живою в стані штучної підтримки життя. Таке рішення пов'язане з ціннісним підходом до життя і може бути розглянуто як прояв самоповаги особистості.

Поняття евтаназії було введено Ф. Беконом ще в XVII ст. Сьогодні існує евтаназія пасивна та активна, добровільна і ненавмисна. *Пасивна евтаназія* – рішення про припинення лікування через безнадійний стан хворого; *активна евтаназія* – застосування засобів та дій, що прямо або побічно призводять до смерті хворих, які перебувають в безнадійному стані в зв'язку з хронічними захворюваннями, наприклад, вмирають від злоякісних захворювань і введення високих доз наркотиків, що припиняють страждання і життя безнадійних хворих; *добровільна евтаназія*, здійснювана за проханням хворого, кваліфікується як допомога при самогубстві або вбивство за проханням; *ненавмисна евтаназія* – без згоди хворого. *Асистована евтаназія* відноситься до безнадійних хворих, «які могли б висловити бажання добровільно піти з життя, але нездатні зробити це самі через фізичну неміч або з інших причин». *Примусова евтаназія* – прийняття рішення припинити життя хворого без його згоди. Зазвичай цей захід застосовується до новонароджених з важкою патологією та хворих із безнадійно пошкодженим мозком. *Дистаназія* – заперечення смерті, лікар докладає героїчних зусиль, спрямованих на порятунок хворого. *Ортотаназія* – поняття, близьке до пасивної евтаназії. Лікар не вживає активних зусиль, але і не використовує засобів, що вкорочують життя хворого. *Ятротаназія* – лікар сприяє смерті хворого після того, як хворого визнано невиліковним.

Найбільш дискусійним з біоетичної точки зору є питання про *добровільну активну евтаназію*. Її прихильники висувають два основних етичних аргументи: милосердя і «золоте правило». Перший аргумент обумовлений нестерпним стражданням, які відчуває вмираюча людина, і прагненням звільнити її від цих страждань. Подібна акція була би проявом милосердя і відносно інших пацієнтів, яким в результаті дісталася б більше уваги медперсоналу і медикаментів. Аргумент «золотого правила» базується на категоричному імперативі Канта, який вимагає чинити з іншими так, як ми хотіли б, щоб чинили з нами. Стосовно проблеми евтаназії, то це означає, що кожен з нас на основі принципу автономності особистості повинен мати право вибрати для себе болочу або безболісну смерть. Актуальність проблеми евтаназії сьогодні багато в чому пов'язана з тим, що стара лікарська етика вже не здатна вказати рішення багатьох проблем в нових умовах. Розширилася сфера межових (між життям і смертю) ситуацій: сучасні засоби медицини дозволяють іноді повернути назад або привести до штучного уповільнення, здавалося б, неминучий процес вмирання («затримана смерть»). Найчастіше таке уповільнення продовжує не стільки життя, скільки агонію, і підтримує лише несвідоме існування тіла без будь-якої надії повернути людині свідомість. Використання новітніх технологій дозволяє зберегти життя і тим пацієнтам, організм яких не придбав (новонароджені з неусувними дефектами) або назавжди втратив здатність самостійно справлятися з найважливішими життєвими функціями. Так благодіє і гуманне завдання медицини – *боротьба з хворобою* – стає своєю протилежністю – *боротьбою за підтримання хвороби* протягом тривалого терміну. Сьогодні в медичних колах широко дискутується питання, якою мірою морально виправдане продовження життя безнадійно хворого в ситуаціях, коли: а) його свідомість необоротно втрачена; б) вмираючи, він відчуває нестерпні фізичні страждання; в) цей пацієнт – новонароджений, анатомо-фізіологічні дефекти якого несумісні з життям. Абсолютно бездоганних з морально-етичної і правової точок зору способів вирішення цих проблем не існує, оскільки вибір робиться не між добром і злом, а між меншим і більшим злом. Разом з тим *прихильники евтаназії* вважають, що вона може бути етично виправдана при: 1) невиліковному захворюванні, що викликає у людини нестерпні страждання; 2) важкій формі інвалідності, що обмежує життєдіяльність людини. *Противники добровільної активної евтаназії* аргументують свою позицію тим, що: 1) навмисне припинення людського життя завжди аморально і не може бути морально виправдано; 2) у разі постановки неправильного діагнозу можна марно занепасти життя; 3) при поспішному зверненні до евтаназії може статися так, що невиліковна сьогодні хвороба завтра буде успішно переможена; 4) можливі зловживання «вбивством з милосердя» з боку лікарів і близьких, які можуть бути зацікавлені в передчасній смерті хворого; 5) доступність евтаназії може спровокувати у медиків і близьких спокусу позбутися тягара

турбот та догляду за важкохворим; 6) суспільство, керуючись законністю евтаназії, може отримати право позбавлятися від своїх недієздатних «непотрібних» і «зайвих» членів; 7) аморально залучення до участі в евтаназії лікарів – представників найгуманнішої професії.

Зіставлення доводів за і проти легалізації евтаназії призводить до висновків: 1) активна недобровільна евтаназія повинна бути відкинута як порушення права на життя; 2) пасивна недобровільна евтаназія може бути допущена в особливих, спеціально обумовлених станах медичного характеру (загибель головного мозку, наявність інших ознак, несумісних із життям й ін.); 3) добровільна евтаназія (активна і пасивна) повинна бути сумісна зі справедливістю, гуманністю і милосердям, її легалізація може розглядатися як реалізація права людини на гідну смерть. Проблема евтаназії пов'язана насамперед з *правом людини на життя*, яке має кілька аспектів: право на збереження життя (індивідуальності); право розпоряджатися власним життям; право піддавати своє життя значному ризику; нарешті, найбільш дискусійне *право вирішувати питання про припинення власного життя*. В деяких випадках життя і діяльність людини пов'язані з високим ризиком для її життя і здоров'я, але це не забороняється законом, а отже, побічно визнається (діяльність вченого, який ставить на собі експеримент, полярника, космонавта, спортсмена-автогонщика). Не заохочується, але й не переслідується рішення людини покінчити життя самогубством. Але в питанні про евтаназію суспільство, держава і закон ставлять під сумнів право людини розпоряджатися своїм життям. Тому це питання залишається однією з «відкритих» проблем БМЕ. Сьогодні людина відмовляється сприймати себе як «пасивний матеріал» і все більше схильна ставитися до себе як «власника» і творця свого життя і самого себе. Дії, які оцінюються в традиційній моральній свідомості як вбивство або самогубство, в новому технологічному просторі біології та медицини набувають іншого статусу, який визначається іншими морально-етичними принципами, суть яких – *«гідно жити – достойно померти»*.

Звернення до евтаназії – це спроба вирішити нерозв'язні проблеми за допомогою надрадикальних заходів, за допомогою перегляду етичних зобов'язань, накладених суспільством на медицину. Однак ця спроба викликає вкрай неоднозначні оцінки. Одні відкидають евтаназію як акт вбивства, інші розглядають її як панацею від усіх бід, треті висловлюють тривогу: «Чи не обернеться легалізація евтаназії дискредитацією лікарської професії?» «Чи не спонукає вона медиків – замість важкого пошуку нових, більш ефективних засобів і методів лікування – на більш легкий і простий шлях «умертвіння зі співчуття?» «Чи не послабить наявність такої перспективи, як «легка, безболісна смерть», волю важкохворих, але не безнадійних пацієнтів до опору хворобі, до боротьби за життя?» Очевидно, що питання про евтаназію викликає гострі дискусії не стільки своїм медико-

«технологічним», скільки етичним змістом. У будь-якому випадку вибір повинен бути за людиною, проте *легітимація, легалізація евтаназії* якраз і надає в разі сумної необхідності можливість такого вибору. Однак спершу необхідна переорієнтація моральної свідомості суспільства, що передбачає відкрите й відверте обговорення незвичайних для традиційної медицини положень, які можуть стати підставою морального допущення евтаназії. По-перше, слід відмовитися від переконання, ніби медик завжди, в будь-якій ситуації зобов'язаний прагнути продовжити (наскільки можливо) життя людини. По-друге, доктрина безумовної переваги біологічного виживання над іншими цінностями (гідністю особистості, її благом, суверенними правами) повинна поступитися місцем доктрині *якості життя*, відповідно до якої бути людиною в справжньому сенсі цього слова більш вагомим, ніж бути просто живим. По-третє, якщо зв'язок між стражданням і людським буттям, що перетворилося на суцільний біль, не можна розірвати інакше, як припинивши це буття, то при дотриманні певних умов (наявності прохання хворого, згоди його родичів, консиліумі лікарів, юридичному контролю тощо) припустимо піти на такий крайній крок, як евтаназія.

4. Сучасний стан проблеми евтаназії

У 1935 р. в Лондоні було створено перше в світі «Суспільство добровільної евтаназії». Воно було засноване для пропаганди ідей про те, що дорослому пацієнтові, який важко страждає від смертельної хвороби, від якої ще не були відомі способи лікування, закон повинен дати право на милосердя безболісної смерті за умови, що це є бажанням хворого. У 1980 р. це суспільство перейменоване на «Суспільство за право померти з гідністю» (англ. «EXIT»). **У 1938 р.** подібна організація з'явилася в **США. У 1973 р.** суспільства на підтримку евтаназії виникли в **Нідерландах і Швеції. У 1976 р. в Японії** також було організовано суспільство легкої смерті. **У 1989 р. Джек Кеворкян** заснував практику активної евтаназії в **Америці**. Він розробив пристрій для введення отрути в організм пацієнта, який починав працювати, коли пацієнт сам натискав спеціальну кнопку, яка приводила механізм в дію. **У 1999 р. «доктор смерть»** особисто здійснив процедуру евтаназії на очах мільйонів телеглядачів, демонструючи всі моменти з мінливими планами, фіксувався навіть момент смерті. Цього разу суд звинуватив його в умисному вбивстві і засудив на 25 років позбавлення волі.

Вперше евтаназія набула законності в 1994 р. в американському штаті Орегон. На сьогодні евтаназію в формі суїциду легалізовано в Австралії (1997), в декількох штатах Америки, в Бельгії і Нідерландах (2001). У інших країнах, незважаючи на статистичні дані про наявність широкої практики нелегальної евтаназії, будь-які форми останньої офіційно визнають злочином, і це питання в юридичному відношенні залишається відкритим. Кримінальний кодекс багатьох країн прирівнює евтаназію до вбивства людини. У деяких країнах, таких, як Італія або Україна, незважаючи на заборону евтаназії, життєпідтримуюче забезпечення хворого,

який перебуває в комі, може бути відключене за рішенням близьких родичів або на основі медичних показників. У багатьох країнах (Італія, Данія, Франція та ін.) існують цивільні організації як прихильників, так і супротивників легалізації евтаназії.

За останній час в медичній і юридичній літературі публікують матеріали про використання евтаназії на практиці. Напевно, одним з перших випадків використання активної добровільної евтаназії, що став відомий всьому світу, була смерть основоположника психоаналізу Зігмунда Фрейда. Останні 16 років життя він хворів на рак порожнини рота і за цей період переніс 31 операцію. У віці 69 років він отримав від свого лікаря згоду здійснити йому процедуру евтаназії, коли життя стане нестерпним. Його муки тривали ще 14 років, але одного дня 83-річний пацієнт нагадав лікареві про його обіцянку: 24 вересня 1939 року смертельна доза морфію обірвала життя Зігмунда Фрейда.

У 1975 р. виходить бюлетень «Новини евтаназії», започаткований Британським товариством евтаназії. З часом такий же бюлетень почало випускати і Американське товариство евтаназії.

Суїцид. Етичні аспекти. Суїцид – одна з крайніх форм реалізації права на смерть – самогубство, на яке людина наважується з особистих міркувань, надаючи перевагу гідній смерті перед негідним життям. У різні часи і в різних культурах суїцид розглядався з етичної точки зору по-різному. У християнстві суїцид однозначно вважається гріхом, оскільки людина в даному випадку робить замах на волю Бога. У світській культурі суїцид часто пов'язують з поняттям «гідність» – як вибір в ім'я людської гідності, як «почерк свободи» (смерть офіцера як остання можливість «врятувати честь» або японське *харакірі*). Інше трактування суїциду – бажання піти з життя, що не має *сенсу* або що втратило *сенса*: безглузда існування. Нарешті, причиною суїциду можуть стати нестерпні страждання в результаті важкої невиліковної хвороби – небажання тягнути далі негідне існування. Таке відношення до власного життя і смерті визначає постановку питання про *евтаназію*. БМЕ не засуджує з моральної точки зору суїцид як такий, але вважає моральним обов'язком лікаря застерегти пацієнта від суїциду і допомогти йому подолати депресивний стан.

5. Визначити поняття «хоспіс»: медичне і соціальне значення; основні функції хоспісів.

Що таке хоспісний рух і які його етичні принципи?

В основі сучасного **хоспісного руху** полягає особлива *етика і філософія лікування*, згідно з якою смерть, як і народження, – природний процес, його не можна ні прискорювати, ні гальмувати. Вмираючий потребує особливої допомоги: йому можна і потрібно допомогти перейти кордон між життям і смертю. Саме таке завдання ставлять перед собою хоспіси. **Хоспіс** – не будинок для смерті, це будинок для якісного життя до кінця. Хронічний біль і страждання змінюють світовідчуття, світосприймання

людини: відчуваючи нестерпний біль, вона не в змозі роздумувати, згадувати; біль здатний витіснити етичні потреби, етичну мотивацію поведінки. Хоспіс створює такі умови, спосіб життя пацієнта, такий «життєвий простір», що дозволяє узяти під контроль біль і страждання навіть найважчих хворих. Він забезпечує таку *якість життя*, коли самодостатнім і актуальним є сьогодення, а не майбутнє. Взаємовідносини пацієнтів і медичного персоналу складаються тут на основі *принципів хоспісного руху*, виконання яких залежить від підготовки і особистих якостей медичного персоналу. В даний час для служби хоспісів формується нова медична спеціальність, що вивчає процес завершення життя, – *лікар паліативної допомоги*.

Хоспіси – спеціальні організації допомоги вмираючим, в яких безнадійно хворі люди дістають можливість гідно завершити своє життя. Обстановка і діяльність персоналу в хоспісах націлені на створення людських умов для *вмирання з гідністю*. Відмінність хоспісу від інших лікувальних установ для «безнадійних» хворих полягає не просто в іншому технічному і медикаментозному оснащенні; на перший план виступає особа пацієнта, його бажання, емоційні реакції.

Основні *принципи хоспісного руху* передбачають:

- контроль над больовими синдромами, що дозволяє якісно поліпшити життя хворого, щоб пацієнт міг переключити увагу на свій внутрішній світ;
- особливий стиль поведінки медика, для якого, насамперед, характерний такт у поводженні з приреченими хворими, який виключає поверхневі, шаблонні думки і втіхи, які ігнорують або принижують моральний статус людини;
- заперечення тактики «святої брехні», підготовка безнадійного хворого до думки про його смертельну недугу, про те, що він приречений;
- безкорисливість медичного персоналу, що категорично виключає матеріальну винагороду від пацієнтів і їх родичів;
- широке використання громадянської ініціативи волонтерів – добровольців, які віддають свої сили і час вмираючому;
- психологічну допомогу і підтримку близьких вмираючого або того, хто вже пішов з життя, створення особливого психологічного клімату.

Ідеологія хоспісів з'явилася близько півтори тисячі років тому. Історія зберегла ім'я римської Фабіюли, яка ще в IV сторіччі віддала свій будинок для голодних і хворих, успадковуючи традицію, що існувала в святих землях Палестини, якими вона подорожувала.

Перший хоспіс, призначений тільки для вмираючих від раку, відкрив у м. Ліон 1842 р. Жане Гарньє. Сучасний хоспіс вперше з'явився у Великобританії в 1967 р. завдяки зусиллям доктора Сесілії Саундерс. За минулі три десятиліття хоспіси розширилися в усьому цивілізованому світі і діють сьогодні як лікувальний заклад на 500 000 населення.

Головним ідеологом цієї справи на території минулого СРСР був Віктор Зорса (1926–1996), якого власне нещастя підштовхнуло до пропа-

ганди хоспісів по всьому світу. Його 25-річна дочка Джейн Зорса, що хворіла на меланому в неоперабельній формі, в 1975 р. померла в англійському хоспісі. Віктор Зорса з дружиною Розмарі бачили, що дочка була втихомирена і не страждала, тому пообіцяли їй присвятити своє життя реалізації ідей хоспісів.

Свою роботу вони почали в США, де взяли у допомогу авторитетних людей – Елізабет Тейлор, Едварда Кеннеді, Генрі Кіссінджера та ін. За деякий час була створена асоціація хоспісів, кількість яких зростає: у 1983 р. їх було 516, а в 1989 р. – 1 700. **Перший хоспіс в Москві почав функціонувати тільки в 1997 р.,** хоча його виїзна служба (у хоспісах повинна бути і така) працювала з 1994 р.

Хоспіс повинен не тільки полегшувати людям смерть, а і забезпечувати можливість гідно зустрічати її.

Ситуаційні задачі для контролю підсумкового рівня знань

1. Хворий 66 років переніс декілька операцій з приводу непрохідності магістральних артеріальних судин (пересаджування артерій і ампутація нижніх кінцівок). У анамнезі хронічна легенево-серцева недостатність. Враховуючи супутню патологію і повторні операції, подальше лікування можливе тільки в умовах реанімації. Чи можна розцінювати симптоматичне лікування даного хворого рівноцінним:

А. «Пасивний» евтаназії.

Д. Ятротаназії.

В. Асистованій евтаназії.

Е. Нічому зі вказаного.

С. Ортотаназії.

2. Дружина алкоголіка 42 років вірить багатократним обіцянкам чоловіка кинути пити, прагне захистити його перед родичами і сусідами, коли вони засуджують його за пияцтво. Змирилася з тим, що чоловік залишив роботу, не піклується про сім'ю і про дітей. Сама суміщає два місця роботи, не звертає уваги на свій зовнішній вигляд. Іноді п'є спиртне разом з чоловіком «щоб йому менше дісталось». Визначите стан жінки.

А. Залежність.

Д. Незалежність.

В. Співзалежність.

Е. Нічого з перерахованого.

С. Алкоголізм.

3. Дівчина 18 років – студентка 1-го курсу інституту. Зацікавлена важким роком, разом з друзями їздить у різні міста, в яких гастролює улюблена музична група. В одязі дотримується рок-стиля. Не цікавиться заняттями в інституті, часто пропускає, не реагує на зауваження батьків і викладачів, вживає спиртні напої, палить, пробувала наркотики, не боїться виключення з інституту. Як називається форма залежності?

А. Гемблінг.

С. Алкоголізм.

Е. Токсикоманія.

В. Наркоманія.

Д. Фанатизм.

4. Підприємець 38 років захоплений грою в рулетку. Кожен вечір відвідує казино, де програв значну частину свого статку. Не реагує на прохання дружини припинити грати, не піклується про дітей. Упевнений, що йому обов'язково повезе і він не тільки поверне свої матеріальні втрати, але і виграє значні суми грошей. Наступного дня після програшу ходить в церкву і просить Бога допомогти йому. Як називається така форма залежності?

А. Релігійний фанатизм.

Д. Алкоголізм.

В. Спортивний фанатизм.

Е. Інтернет-залежність.

С. Гемблінг.

5. Студентка технічного вузу 19 років після психотравмуючих переживань (розлучилася з женихом) за порадою сусідки почала відвідувати молебний будинок сектантів-п'ятидесятників. Спочатку ходила туди не частіше 2–3 разів на місяць, після бесіди з «проповідником» відвідини почастишали і 2 місяці тому пішла з дому, забравши всі золоті прикраси. Залишила інститут. На прохання матері повернутися додому говорить, що відчуває себе спокійно тільки серед нових братів і сестер. Продала багато особистих речей, золото, всі гроші віддала проповіднику, вважаючи його найдобрішою і розумнішою людиною на землі. Який вид залежності у дівчини?

А. Спортивний фанатизм.

Д. Гемблінг.

В. Музичний фанатизм.

Е. Релігійний фанатизм.

С. Наркоманія.

6. Чоловік 42 років зловживає алкоголем, п'є майже щодня. Звільнений з роботи за пияцтво. Дружина розлучилася з ним. Долею дітей він не цікавиться, живе зі старою матір'ю, продає з будинку речі, перебивається випадковими заробітками. Палить до 10 сигарет у день, іноді в компанії товаришів по чарці приймає пігулки трамадола. Визначте форму залежності.

А. Алкоголізм.

Д. Гемблінг.

В. Наркоманія.

Е. Фанатизм.

С. Никотиноманія.

7. Хвора 16 років, матір якої впродовж 3 років зловживає алкоголем, приводить в будинок сторонніх чоловіків, продає особисті речі дівчинки, систематично б'є дочку, за останні 6 міс постійно замислюється про відхід з життя, часто вранці виникають думки «навіщо я прокинулася?», депресивні переживання, відчуття непотрібності. Коли удома нікого не було, здійснила самопошкодження. Визначте варіант суїцидальної поведінки.

А. Істинний.

Д. Протест.

В. Афективний.

Е. Заклик.

С. Демонстративно-шантажний.

8. Підліток 14 років зажадав від батьків купити йому дорогий одяг. Дуже образився, коли вони відмовили йому. Плакав, кричав: «Ви мене не любите, ви хочете моєї смерті!». Пішов у ванну і перерізав вену на лівому передпліччі.

Потім вийшов з ванни, забруднений кров'ю і заявив батькам: «Ось тепер ви плакатимете після моєї смерті». Визначте тип суїцидальної поведінки.

А. Істинний.

Д. Протест.

В. Афективний.

Е. Заклик.

С. Демонстративно-шантажний.

9. Хвора зробила дві спроби отруєння, які пояснює так: «у мене нічого не виходить», «все проти мене», «я більше не можу бути кращою». Дівчинка важко переживає зміну сільської школи на міську гімназію: «для мене це було травмою», змінився графік життя, «вчитися важче, щоб бути першою, мені треба весь час займатися», хронічне недосипання, в колективі адаптуватися не може. Визначте вид суїцидальної поведінки.

А. Протест.

Д. Уникнення.

В. Помста.

Е. Самопокарання.

С. Заклик.

Література

1. Деонтология в медицине : в 2 т. / под общ. ред. Б. В. Петровского. Москва, 1988. Т. 1. Общая деонтология. 352 с. Т. 2. Частная деонтология. 416 с.
2. Бильченко О. С. Врачебная этика и медицинская деонтология. Харьков, 2005. 197 с.
3. Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев : Изд-во «Сфера», 1999.
4. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск : Изд-во Петрозавод. ун-та, 1998. 360 с.
5. Правачеловека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев : Изд-во «Сфера», 1998.
6. Декларация относительно трансплантации органов человека. С. 34.
7. Положение о торговле живыми органами. С. 28.
8. Положение об оплодотворении *in vitro* и трансплантации эмбрионов. С. 32.
9. Положение о трансплантологии фетальных тканей. С. 47.
10. Рекомендация о проведении к соответствию законодательств стран участников по вопросам забора, пересадки и трансплантации материалов организма человека. С. 102.
11. Резолюция об отношении врачей к проблеме трансплантации органов человека. С. 75.

Еталони відповідей

Тема 10

Еталони відповідей на тестові завдання

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>C</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>Д</i>	<i>Д</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>A</i>	<i>B</i>

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1	2	3	4	5
<i>B</i>	<i>A</i>	<i>Д</i>	<i>B</i>	<i>C</i>

Тема 11

Еталони відповідей на тестові завдання

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>A</i>	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>Д</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>B</i>
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
<i>E</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1	2	3	4	5	6	7	8
<i>E</i>	<i>B</i>	<i>Д</i>	<i>C</i>	<i>E</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>C</i>

Навчальне видання

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 4

***Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
з курсу за вибором***

Упорядники Ащеулова Тетяна Вадимівна
 Амбросова Тетяна Миколаївна
 Герасимчук Ніна Миколаївна

Відповідальний за випуск Т. В. Ащеулова



Редактор Е. Є. Депрінда
Коректор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,8. Зам. № 21-34158.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідोцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.