БИОЭТИКА

Конспект лекций

по курсу Елены Владимировны Брызгалиной

Редакционная учебная версия Студтех

2026

О документе

Этот файл представляет собой самостоятельную редакционную переработку содержания студенческого конспекта курса «Биоэтика». Сохранены логика курса, последовательность двенадцати лекций, ключевые понятия, аргументы, примеры, кейсы и тематические блоки, однако изложение переписано и заново структурировано для учебного использования.

Документ не является стенограммой и не воспроизводит исходный текст дословно. Формулировки сокращены, объединены и нормализованы там, где исходный материал повторялся или имел характер устной лекционной записи. Сторонние логотипы, водяные знаки, рекламные элементы и внешние ссылки в документ не переносились.

Правовые нормы, статистические сведения, перечни стран и данные о состоянии медицинских технологий отражают содержание исходного конспекта, который фиксирует материал определённого периода. Перед использованием таких сведений как актуальных их следует отдельно перепроверять по действующим нормативным и научным источникам.

Источник и атрибуция

Основа редакционной переработки: студенческий конспект курса «Биоэтика» Е.В. Брызгалиной. Исходный материал подготовлен студентами и сам содержит предупреждение о возможных ошибках и отсутствии профессиональной редакции. Настоящая версия сохраняет это ограничение и предназначена прежде всего как учебный конспект.

Содержание курса

1. Лекция 1. Биоэтика как наука
2. Лекция 2. История биоэтики
3. Лекция 3. Принципы биоэтики
4. Лекция 4. Этическое измерение вмешательств в репродукцию человека. Часть 1
5. Лекция 5. Этическое измерение вмешательств в репродукцию человека. Часть 2
6. Лекция 6. Смерть и умирание как биоэтические проблемы. Часть 1
7. Лекция 7. Смерть и умирание как биоэтические проблемы. Часть 2
8. Лекция 8. Моральные проблемы экспериментирования в биомедицине
9. Лекция 9. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей
10. Лекция 10. Проблема психической целостности пациента. Этика в психиатрии
11. Лекция 11. Права и обязанности государства по охране здоровья граждан
12. Лекция 12. Фармацевтическая биоэтика: основные проблемы и решения

Лекция 1. Биоэтика как наука

История биоэтики

Биоэтика формируется как междисциплинарное поле на стыке философской этики, медицины, биологии, права и общественных наук. Её появление связано с тем, что научно-технический прогресс в биомедицине стал создавать ситуации, где одного клинического знания недостаточно: необходимо обсуждать ценности, допустимые границы вмешательства и последствия решений для человека и общества.

Внутри самого названия «**биоэтика**» соединены два измерения. **Этика** исследует **мораль**, её структуру, ценности и конфликты ценностей. Биомедицинская часть приносит конкретные технологии и практики, меняющие рождение, лечение, исследование, старение и смерть. Поэтому **биоэтика** одновременно выступает как область знания, учебная дисциплина и социальный институт.

В истории термина выделяют две линии. Фриц Яр в 1927 году использовал понятие биоэтики в контексте нравственного отношения человека ко всему живому и сформулировал идею «биоэтического императива». В 1970-е годы Ван Ренсселер Поттер придал термину современное звучание, связывая биологическое знание с общечеловеческими ценностями и задачей выживания человечества.

В мировоззренческом плане **биоэтика** может опираться на **антропоцентризм** или **биоцентризм**. **Антропоцентризм** ставит в центр человека и человеческие потребности; биоцентризм расширяет сферу моральной ответственности на живой мир в целом. Это различие влияет на оценку исследований на животных, экологических рисков и технологического воздействия на природу.

Что и как изучает биоэтика?

Предмет биоэтики — проблемы, возникающие вследствие развития биомедицины и затрагивающие жизнь, телесность, психику, **достоинство** и права человека. В курсе выделяются четыре крупные группы: начало жизни и **репродуктивные технологии**; смерть и умирание; вмешательство в физическую и психическую целостность; конфликты между интересами индивида, общества и государства в сфере здоровья.

Биоэтика использует как описательный, так и нормативный подход. Описательное исследование выясняет, как люди реально ведут себя в сложных медицинских ситуациях, какие позиции занимают врачи, пациенты, родственники и общество. Нормативное исследование сопоставляет эти действия с **моральн**ыми принципами, правилами и ценностями.

Показательным примером является появление гемодиализа в Сиэтле: ограниченность ресурса заставила выйти за пределы чисто медицинских критериев и сформировать площадку общественного обсуждения, где решался вопрос о том, кому предоставить лечение. Подобные ситуации показывают, почему в биоэтике важно участие специалистов и неспециалистов.

Право и биоэтика

Биоэтика и право пересекаются, но не совпадают. Закон задаёт обязательный минимум поведения, тогда как **биоэтика** оценивает более широкий спектр ситуаций, в том числе тех, которые ещё не урегулированы юридически. Медицинские технологии часто развиваются быстрее законодательства, поэтому этическая дискуссия возникает раньше формальной нормы.

Право может содержать коллизии и не всегда снимает **моральн**ую неопределённость. В курсе подчёркивается идея В. Соловьёва о праве как минимуме нравственности: правовая норма относится преимущественно к внешнему поведению и допускает принуждение, тогда как **мораль** требует внутреннего принятия и свободного действия.

Можно выделить четыре направления взаимосвязи права и биоэтики: правовые традиции влияют на биоэтическое мышление; биоэтическая дискуссия способствует развитию права; **биоэтика** дополняет право как механизм социального контроля; часть правовых норм фиксирует минимальный **моральн**ый стандарт.

Позиции по соотношению философии и науки

Курс биоэтики закономерно читается в философском контексте, поскольку многие вопросы — жизнь, смерть, ответственность, **достоинство**, свобода — традиционно относятся к философии. В истории науки отношения между философией и специальными дисциплинами трактовались по-разному.

- **Натурфилософская позиция**: философия понимается как наиболее общее знание и основание частных наук.
- **Позитивизм**: наука рассматривается как автономная сфера, не нуждающаяся в метафизическом руководстве.
- **Антиинтеракционизм**: философия и наука равноправны, но существуют как раздельные культурные области.
- **Диалектическая позиция**: научное и философское знание взаимосвязаны и постоянно влияют друг на друга.

Философия и медицина

Современная философия не подменяет медицинскую науку, но помогает анализировать основания научной рациональности, пределы знания и смысл медицинских понятий. Вопросы о том, что такое диагноз, как соотносятся знание и интуиция, как интерпретируются неоднозначные данные и где проходит граница допустимого вмешательства, требуют философской рефлексии.

Философия также сопоставляет господствующее в культуре представление о человеке с возможностями технологий. Это особенно важно в ситуациях, где разные дисциплины предлагают разные описания человека и его блага.

Перспективы развития медицины

В качестве образа будущей медицины в конспекте рассматривается **модель 4P**: персонализированная, предиктивная, превентивная и партиципационная медицина. Геномные и цифровые технологии позволяют строить индивидуальные модели риска и лечения, но одновременно усиливают значение участия самого пациента и его ценностного выбора.

Партиципационный компонент связывает медицину с общественными процессами: пациент перестаёт быть только пассивным объектом лечения и становится участником производства и использования знания.

Дискуссия о связи науки с моральностью

В классическом представлении получение знания часто отделялось от вопроса о его применении. Современная **технонаука** размывает эту границу: эксперимент и технология нередко развиваются одновременно, а новые знания сразу создают практические возможности. Поэтому **моральн**ой оценке подлежит не только применение открытия, но и сам исследовательский процесс.

Из этого следует требование социальной экспертизы научных проектов и персональной ответственности исследователя. Профессионализм включает не только техническую компетентность, но и нравственную культуру.

Содержательная логика курса по биоэтике

Курс построен вокруг основных конфликтов современной биомедицины. Его цель — познакомить студентов с историческими моделями медицинской этики, факторами возникновения биоэтики, принципами принятия решений и тем, как эти принципы отражаются в праве и профессиональной практике.

1. Предмет, статус и круг проблем биоэтики.

2. Начало и конец человеческой жизни как биоэтические проблемы.

3. Физическая и психическая целостность пациента.

4. Гражданин и государство: этические проблемы взаимодействия в области биомедицины.

Лекция 2. История биоэтики

Исторические и логические модели биоэтики

Современная **биоэтика** выросла из длительной истории профессиональной медицинской морали. В курсе последовательно рассматриваются несколько моделей, каждая из которых фиксирует собственный способ понимания отношений врача и пациента.

Первая модель связана с традицией Гиппократа. В древних обществах медицинская деятельность уже регулировалась социальными и **моральн**ыми требованиями: известны нормы Кодекса Хаммурапи, медицинские предписания в Древнем Египте и Индии. В греческой традиции корпус текстов, приписываемых Гиппократу, сформировал устойчивый образ врача как профессионала, принимающего на себя особые обязанности.

К числу центральных обязательств **гиппократовской модели** относятся помощь больному, уважение пациента, **справедливость**, сохранение тайны, отказ от вредоносных действий и признание профессиональной ответственности. Ключевой ориентир — «**не навреди**». Модель защищает пациента через самоограничение медицинского сообщества.

Вторая модель — парацельсовская — складывается под влиянием христианской культуры Средневековья. Здесь нравственное отношение к больному становится частью самой терапии. Врач должен заслужить доверие, поддерживать пациента и действовать ради его блага. Отношение врача к больному строится патерналистски: врач знает и решает, что полезно для пациента, а основным принципом становится «делай добро».

Третья модель — деонтологическая. В XX веке акцент переносится на профессиональный долг и набор конкретных правил для разных областей медицины. Советская медицинская традиция развивает деонтологию как систему должного поведения врача. Однако модель долга оказывается недостаточной в ситуациях конфликта обязанностей: необходимо ещё оценивать последствия, ценности и права участников.

Современная **биоэтика** возникает тогда, когда отношения врача и пациента перестают быть только корпоративным делом медицинского сообщества. В обсуждение включаются право, общество, религия, **эко**номика, политика, новые технологии и права человека.

Историческая схема

Гиппократ: профессиональные обязательства и «не навреди» → Парацельс: благо пациента и патернализм → деонтология: долг и правила профессии → биоэтика: автономия, права, междисциплинарный диалог и общественное участие.

Социокультурный контекст формирования биоэтики

Появление биоэтики связано не только с развитием медицины, но и с масштабными изменениями общества. Глобализация усиливает перемещение людей, болезней, медицинских услуг и фармацевтических продуктов, создаёт трансграничные проблемы и выявляет различия национальных законодательств.

На первый план выходят права человека в здравоохранении и исследованиях. Благополучие государства всё чаще оценивается по способности обеспечить охрану здоровья и справедливый доступ к медицинским ресурсам. Одновременно глобализация может усиливать неравенство и культурные конфликты.

Биоэтика становится способом обсуждать такие противоречия без предположения, что существует единственная универсальная **моральн**ая доктрина, автоматически решающая все случаи.

Внутринаучный контекст биоэтики

Наука XX века становится «большой наукой»: растёт число исследователей, объём данных, межгосударственное сотрудничество и стоимость исследований. Одновременно меняется сам образ научной рациональности — от классического идеала абсолютно достоверного знания к неклассическим и постнеклассическим моделям, где учитывается роль наблюдателя, вероятностность, историчность и ценностный контекст.

Для постнеклассической науки характерны сложные развивающиеся системы, междисциплинарность и включение человека в исследуемый объект. Это делает невозможным полностью нейтральное отношение к эксперименту: условия исследования и его последствия становятся этически значимыми.

Дополнительные факторы — коммерциализация науки и медицины, превращение знаний и технологий в товар, зависимость исследований от финансирования и социального заказа. Возникает необходимость контролировать конфликт интересов и сохранять доверие к науке.

Биомедицина и человек

Современная медицина расширяет своё влияние на повседневную жизнь. Этот процесс описывается как **медикализация**: всё больше жизненных состояний интерпретируются как медицинские проблемы, требующие диагностики, лечения или профилактики.

В качестве моделей взаимодействия врача и пациента приводится классификация Р. Витча. Инженерная модель видит пациента как объект технического ремонта; пастырская строится на заботе и **патернализм**е; коллегиальная предполагает равноправное обсуждение; контрактная понимает взаимодействие как систему взаимных обязательств. В реальной практике элементы этих моделей могут сочетаться.

Возникает новая задача — вернуть в технологизированную медицину целостного человека, его биографию, субъективный опыт и ценности. Именно эту функцию во многом берёт на себя **биоэтика**.

Лекция 3. Принципы биоэтики

Принцип автономии личности

Автономия означает способность человека действовать на основании собственного, осознанного и свободно выбранного плана. В биомедицинской ситуации автономный выбор предполагает преднамеренность, понимание последствий и отсутствие внешнего принуждения.

Для медицинского работника **принцип автономии** означает уважение достоинства пациента, признание его прав, предоставление понятной информации, поддержку самостоятельного выбора, получение информированного согласия и признание права отказаться от лечения или участия в исследовании.

Автономия не является абсолютом. В реальной ситуации её приходится сопоставлять с другими ценностями — например, безопасностью окружающих или неспособностью пациента принимать решение. Важно не механически соблюдать принцип, а ясно понимать, когда и почему возникает ограничение.

Курс различает два измерения болезни: биологическое, доступное профессиональной экспертизе, и биографическое, отражающее личный опыт пациента. **Биоэтика** требует учитывать оба плана. Пациент владеет уникальным знанием о собственных целях и качестве жизни, поэтому решение не может быть полностью передано эксперту.

Кейсы Терри Шайво и Терри Уоллиса показывают сложность решений в состояниях длительного нарушения сознания. Медицинский прогноз не всегда даёт единственный ответ, а родственники, суды и общество оказываются включены в выбор о продолжении жизнеподдерживающей терапии.

Принцип правдивости

Правдивость требует стремиться к честной коммуникации с пациентом. Речь идёт не только о передаче фактов, но и о построении уважительных отношений, в которых человек получает информацию в форме, позволяющей её понять и использовать для выбора.

Сообщение тяжёлого диагноза или прогноза не должно превращаться в механическую передачу информации. Форма, объём и момент сообщения должны учитывать состояние пациента. Временно ограниченная информация может рассматриваться как исключение, но не как универсальное оправдание **патернализм**а.

Информированное согласие связывает **правдивость** и автономию. В конспекте выделены типичные исключения: критическая ситуация, добровольный отказ пациента от участия в решении, терапевтическая привилегия и некомпетентность. Каждое исключение требует отдельного обоснования.

Принцип конфиденциальности

Медицинская помощь неизбежно затрагивает частную жизнь. **Конфиденциальность** защищает автономию, **достоинство**, социальные и **эко**номические интересы человека и поддерживает доверие между пациентом и специалистом.

Однако медицинская тайна не рассматривается как абсолютная. Возможны случаи, когда обязанность хранить информацию вступает в конфликт с обязанностью предотвратить серьёзный вред другим. Закон устанавливает отдельные исключения, но их применение всё равно требует этической интерпретации конкретной ситуации.

Биоэтика как социальный институт

Современная **биоэтика** выходит за пределы профессиональной врачебной этики и становится общественным механизмом. Решения по поводу **ЭКО**, интенсивной терапии, трансплантации, исследований и генетических технологий затрагивают не только врача и пациента, но и общество в целом.

Институциональным выражением биоэтики становятся этические комитеты. В них могут входить врачи, учёные, юристы, философы, представители религиозных сообществ и неспециалисты. Их задача — независимая экспертиза проблемных ситуаций и выработка рекомендаций.

Специфика биоэтического подхода состоит в междисциплинарности, признании ценности «профанного» знания и отсутствии одной универсальной доктрины, которая могла бы заранее решить все конфликты. Поэтому важны процедуры диалога и прозрачного принятия решений.

Лекция 4. Этическое измерение медицинских вмешательств в репродукцию человека. Часть 1

Трансформация репродуктивного поведения в XX веке

Развитие контрацепции, репродуктивной медицины и новых культурных норм разделило сексуальное и репродуктивное поведение. Репродукция всё больше становится областью осознанного планирования и индивидуального выбора, но одновременно усиливается влияние государства и медицины.

Понятия «репродуктивные права», «репродуктивное самоопределение», «осознанное родительство» и «репродуктивная стратегия» описывают способность человека определять число детей, сроки рождения и способы контроля фертильности. Эти решения зависят от биологических возможностей, личных ценностей, **эко**номических условий и общественных норм.

Термин «планирование семьи» вводится как более нейтральный по сравнению с «контролем рождаемости», но и он остаётся предметом политических и этических споров. **Биоэтика** пытается согласовать интересы индивида, семьи и государства.

Медикализация репродукции усиливает роль медицинских рекомендаций, диагностики и профессионального сопровождения. Деинтимизация означает, что процессы зачатия, беременности и родов всё чаще происходят с участием специалистов и технологий. Коммерциализация превращает репродуктивную сферу в рынок услуг, включая **ЭКО** и **суррогатное материнство**.

Проблема начала жизни в биоэтике

Ключевые вопросы этого блока связаны со статусом **эмбрион**а, допустимостью манипуляций с половыми клетками и **эмбрион**ами, криоконсервацией, донорством гамет, суррогатным материнством и выбором характеристик будущего ребёнка. Центральная проблема — определить **моральн**ый и правовой **статус эмбриона**.

Естественно-научный подход к началу человеческой жизни

В биомедицине нет единой точки, которая безусловно признаётся моментом начала человеческой жизни. В исходном курсе рассматривается несколько критериев, каждый из которых связан с определённым этапом **эмбрион**ального развития и несёт собственные этические последствия.

1. Формирование дыхательной системы и возможность самостоятельного дыхания.

2. Развитие сердечно-сосудистой системы и появление сердечной активности.

3. Формирование центральной нервной системы и функций ствола мозга.

4. Появление первичной полоски и различение **эмбрион**а и «пре**эмбрион**а».

5. Имплантация бластоцисты в стенку матки.

6. Слияние гамет и возникновение уникального генома.

Выбор критерия напрямую влияет на оценку допустимости ранних вмешательств и исследований. Если **моральн**ый статус связывается с оплодотворением, пространство допустимых манипуляций резко сужается. Если критерием становится более поздний этап развития, допустимость исследований расширяется.

Гуманитарный этико-философский подход к началу человеческой жизни

Гуманитарные подходы не ограничиваются биологическими признаками. Они задают вопрос о личности, **моральн**ом отношении и культурном смысле человеческого существования.

Градуализм подчёркивает непрерывность развития и постепенное приобретение человеческих свойств, но при этом часто приписывает **эмбрион**у **моральн**ую значимость уже с момента оплодотворения. Дискуссия касается тотипотентности клеток, возможности образования близнецов и того, можно ли говорить об индивидуальности до завершения ранних стадий развития.

Психоаналитические подходы расширяют границы психической жизни до внутриутробного периода. В курсе упоминаются идеи Отто Ранка о травме рождения и Станислава Грофа о перинатальном опыте. Эти теории используются не как биологическое доказательство, а как пример расширения представления о начале личности.

Социологизм связывает сущность человека прежде всего с включённостью в социальные отношения и исторически влиял на правовые подходы к аборту. **Моральн**о-интенциональный подход, напротив, связывает **статус эмбриона** с наличием отношения к нему со стороны родителей и общества: если будущий ребёнок становится субъектом заботы и **моральн**ого отношения, это само по себе придаёт ему особую значимость.

Теологические позиции исходят из религиозных представлений о происхождении и ценности жизни. Христианство подчёркивает священность жизни и ограниченность человеческой свободы в распоряжении ею. В исламе в исходном конспекте упоминается важность 120-го дня беременности в вопросе одушевления. Иудаизм высоко оценивает жизнь, но допускает приоритет спасения матери. Буддизм в ряде репродуктивных вопросов может занимать более гибкую позицию.

> Итоговый вывод лекции: однозначный междисциплинарный ответ о моменте начала человеческой жизни отсутствует. Именно эта неопределённость делает вопрос статуса **эмбрион**а одновременно медицинским, философским, религиозным и правовым.

Лекция 5. Этическое измерение медицинских вмешательств в репродукцию человека. Часть 2

Законодательные решения проблемы статуса эмбриона

Право разных стран по-разному определяет момент возникновения охраняемого права на жизнь. В исходном курсе сопоставляются конституционные и международные формулировки, начиная от общей защиты жизни и заканчивая прямым упоминанием защиты до рождения или с момента зачатия.

Правовой **статус эмбриона** непосредственно связан с регулированием аборта. В дискуссии сталкиваются **автономия** женщины, представление об **эмбрион**е как отдельном организме, медицинские риски и вопрос о границах правоспособности. Российская история регулирования аборта проходила этапы запрета, легализации и последующих изменений.

Важный биоэтический сюжет — право врача отказаться от участия в аборте по нравственным или религиозным основаниям. Конфликт возникает между свободой совести специалиста и обязанностью обеспечить пациентке доступ к законной медицинской помощи.

Проблемы новых видов репродуктивных технологий

Новые **репродуктивные технологии** включают искусственную инсеминацию, экстракорпоральное оплодотворение и перенос **эмбрион**а. Они решают проблему бесплодия, но одновременно порождают новые вопросы о происхождении ребёнка, анонимности доноров, родительских правах, судьбе криоконсервированных **эмбрион**ов и допустимости генетического отбора.

Кейс супругов Риос показывает проблему судьбы замороженных **эмбрион**ов после смерти потенциальных родителей. Вопрос перестаёт быть только медицинским и становится наследственным, юридическим и **моральн**ым.

Для донорства половых клеток важны анонимность, возраст и здоровье донора, право ребёнка знать генетическое происхождение и защита донора от последующих претензий. В европейской практике разные страны по-разному решают вопрос раскрытия личности донора.

ЭКО создаёт отдельный комплекс проблем: допустимые манипуляции с **эмбрион**ами, криоконсервация, судьба неиспользованных **эмбрион**ов, риски многоплодной беременности, предимплантационная диагностика и перспектива «дизайнерских детей». Технология способна использоваться как терапевтически, так и для отбора желательных характеристик.

Кейсы многоплодной беременности Нади Сулейман, использования митохондриального донорства и терапевтического подбора **эмбрион**ов иллюстрируют, как репродуктивная медицина постепенно переходит от лечения бесплодия к проектированию характеристик будущего ребёнка.

Морально-правовые проблемы суррогатного материнства

Суррогатное материнство по-разному регулируется в разных странах: от полного запрета до разрешения при строгих условиях. Основная биоэтическая проблема заключается в сочетании репродуктивной помощи, коммерческого договора и отношения к ребёнку как к личности, а не к объекту сделки.

Суррогатное материнство усложняет традиционные роли матери и отца, разделяя генетическое, гестационное и социальное родительство. Возникают риски коммерциализации, конфликтов между участниками и неопределённости в случае рождения ребёнка с заболеваниями или особенностями.

В исходном курсе проводится вывод, что биомедицинские технологии развиваются быстрее их **моральн**ого и правового осмысления. Поэтому без ясного регулирования репродуктивные практики могут усиливать отношение к человеческой жизни как к выбираемому и управляемому продукту.

Лекция 6. Смерть и умирание как биоэтические проблемы. Часть 1

Отношение к смерти как характеристика культуры

Культура определяет не только отношение к жизни, но и способ переживания смерти. В курсе противопоставляются два идеальных типа. Сотериологическая культура выносит смысл жизни за её земные пределы и рассматривает смерть как переход, связанный с религиозным спасением. Гедонистическая культура делает акцент на земном благополучии и склонна вытеснять тему смерти из повседневной жизни.

Табуирование смерти в современной культуре парадоксально сочетается с публичными практиками памяти. Человек может участвовать в массовом ритуале памяти и при этом испытывать серьёзные трудности в личном разговоре о смерти близкого.

Медицина и проблема смерти: история вопроса

Исторически врач не всегда отвечал за констатацию смерти. В традиционном обществе врач мог прекращать лечение при явной безнадёжности состояния, а рядом с умирающим находился священник. Начиная с XVII века страх преждевременного погребения и развитие медицинского знания постепенно передали врачам монополию на определение момента смерти.

Этот процесс получил название медикализации смерти. С развитием интенсивной терапии и искусственного поддержания функций организма граница между состояниями «явно жив» и «явно умер» растянулась. Смерть всё чаще зависит не только от естественного течения болезни, но и от решений о продолжении или прекращении медицинской поддержки.

Одной из этических проблем становится информирование умирающего. Концепция «святой лжи» оправдывала сокрытие тяжёлого прогноза ради защиты больного. Современная **биоэтика** чаще связывает **правдивость** с автономией и правом человека самостоятельно планировать оставшееся время жизни, но признаёт, что сообщение правды должно быть деликатным и адаптированным к состоянию пациента.

Паллиативная помощь

Паллиативная медицина исходит из того, что умирание — самостоятельная фаза жизни, в которой сохраняются **достоинство**, потребности и право на качество жизни. Цель помощи — не продлить жизнь любой ценой, а уменьшить физические и психологические страдания и поддержать человека и его близких.

Элизабет Кюблер-Росс описала последовательность реакций на сообщение о смертельном заболевании: отрицание, протест или гнев, «торг», депрессия и принятие. Эта схема используется не как жёсткий алгоритм, а как способ понимать переживания терминального пациента.

Современные формы паллиативной помощи включают помощь на дому, дневные и ночные стационары, специализированные отделения, выездные службы и хосписы. Важными принципами являются обезболивание, психологическая и социальная поддержка, уважение личных желаний и помощь семье.

Качество жизни оценивается одновременно объективно и субъективно. Объективный аспект связан с симптомами и уходом, субъективный — с ощущением достоинства, смысла, контроля над собственной жизнью и снижением страха. Успешная **паллиативная помощь** поддерживает максимально возможную самостоятельность пациента.

Критерий смерти

Традиционный кардиореспираторный критерий связывал смерть с прекращением сердцебиения, дыхания и кровообращения. Реаниматология показала, что эти функции могут временно отсутствовать или поддерживаться искусственно. Поэтому в XX веке появляется понятие клинической смерти и необходимость нового критерия.

Современная концепция связывает смерть человека с необратимым прекращением критически значимых функций организма, прежде всего функций мозга. Гарвардская комиссия в 1960-е годы сформулировала подход к смерти мозга как к основанию для прекращения бессмысленной терапии и для этически допустимого изъятия органов.

Возможны разные трактовки смерти мозга: гибель всего мозга, гибель ствола или необратимая утрата корковых функций. Право разных стран по-разному закрепляет эти критерии. Их принятие зависит не только от науки, но и от культуры, религии и общественного доверия.

Кейс Джахи Макмат показывает конфликт между неврологическим критерием смерти и мировоззренческой установкой семьи, ориентированной на продолжающееся сердцебиение. Подобные ситуации демонстрируют, что медицинский критерий должен быть не только научно обоснован, но и социально легитимен.

Лекция 7. Смерть и умирание как биоэтические проблемы. Часть 2

Эвтаназия: история проблемы

Первоначально термин «**эвтаназия**» у Фрэнсиса Б**эко**на обозначал лёгкую и безболезненную смерть и заботу о безнадёжно больном. В современном языке понятие чаще связано с намеренным ускорением смерти тяжело и неизлечимо больного человека по его воле.

Историческое отношение к эвтаназии менялось. В античной философии существовали как оправдывающие, так и запрещающие позиции. Христианская традиция подчёркивала священность жизни. В XIX–XX веках развитие обезболивания, рост автономии пациента и изменение отношения к самоубийству усилили дискуссию о праве на добровольный уход из жизни.

Опыт нацистской Германии принципиально повлиял на современное обсуждение: принудительное умерщвление было осуждено как преступление, что усилило требование добровольности и строгого различения эвтаназии и насильственного лишения жизни.

Активная и пассивная формы эвтаназии

Пассивной эвтаназией в исходном курсе называется отказ от жизнеподдерживающего лечения или его прекращение; активной — преднамеренное действие, направленное на прекращение жизни. Дополнительно различается **ассистированное самоубийство**, при котором медицинский работник предоставляет средство, а финальное действие совершает сам пациент.

Морально значимо различие между обязанностью спасать и запретом непосредственно причинять смерть. Решение не начинать лечение и решение прекратить уже начатую терапию могут психологически и **моральн**о восприниматься по-разному, хотя в клинической практике обе ситуации требуют анализа целей лечения и автономии пациента.

Курс приводит опыт Нидерландов, Бельгии, Швейцарии, США, Канады, Люксембурга, Германии, Австралии, Индии и других стран. Общая тенденция — сильные различия национальных моделей: от полного запрета до разрешения активной эвтаназии или ассистированного самоубийства при строго определённых условиях.

Кейсы лекции

Джек Кеворкян и «машина самоубийства»; психиатр Баудвейн Шабо; Ханна Джонс; Сью Родригез; Элуана Энгларо. Эти истории используются для анализа автономии, необратимости решения, компетентности пациента и границ участия врача.

Аргументы сторонников и противников активной эвтаназии

Сторонники апеллируют к автономии, защите от страдания, праву на достойную смерть, возможности альтруистического выбора и, иногда, к **эко**номическим соображениям. В этой логике право распоряжаться собственной жизнью рассматривается как продолжение права на самоопределение.

Противники подчёркивают безусловную ценность жизни, несовместимость намеренного умерщвления с врачебной профессией, риск диагностической ошибки, способность человека адаптироваться к тяжёлому состоянию, вероятность злоупотреблений и эффект «наклонной плоскости», когда постепенно расширяется круг оснований для прекращения жизни.

Психологические аргументы обращают внимание на то, что просьба о смерти может быть выражением страха, одиночества или потребности в помощи. Поэтому решение не должно рассматриваться вне качества паллиативной поддержки и отношений пациента с окружающими.

Исходный курс в итоге занимает осторожную позицию: дискуссия не имеет простого решения, но аргументы против легализации активной эвтаназии оцениваются как более фундированные в рамках представленной лекции.

Лекция 8. Моральные проблемы экспериментирования в биомедицине

Эксперимент как научный метод

Эксперимент — активный метод исследования, при котором условия создаются и контролируются исследователем. В отличие от наблюдения он позволяет воспроизводить ситуацию, изолировать факторы и исследовать свойства, которые в естественных условиях могут не проявляться.

Медицинский эксперимент отличается тем, что объектом воздействия становится человек, его здоровье и жизнь. Он одновременно является научным и социальным экспериментом, поскольку затрагивает права участника и интерес общества в получении нового знания.

Правовая сторона регламентации медицинских экспериментов

Систематическое этическое регулирование экспериментов на человеке возникает после Второй мировой войны и Нюрнбергского процесса над врачами. Нацистские эксперименты продемонстрировали, что законность внутри преступного режима не может автоматически означать **моральн**ую допустимость.

Нюрнбергский кодекс сформулировал базовые требования: добровольное согласие, общественная и научная оправданность исследования, предварительные данные, минимизация страданий, соразмерность риска, квалификация исследователей и право участника прекратить участие.

Дальнейшее развитие регулирования связано с Хельсинкской декларацией, документами Всемирной медицинской ассоциации и Конвенцией о правах человека и биомедицине. Центральный принцип — интересы и благо конкретного человека имеют приоритет над интересами науки и общества.

Важную роль играют независимые этические комитеты, которые оценивают дизайн исследования до его начала. Этическая экспертиза должна учитывать научную обоснованность, соотношение риска и пользы, информирование участников, защиту конфиденциальности и работу с уязвимыми группами.

Добровольное информированное согласие

Согласие должно быть одновременно добровольным и информированным. Добровольность означает отсутствие принуждения и скрытого давления. Информированность требует достаточной, достоверной и понятной информации о целях, процедуре, рисках, возможной пользе, альтернативах и праве выйти из исследования.

Проблема состоит в том, что «достаточная информированность» не имеет единственной универсальной меры. Исследователь должен объяснить сложную научную информацию так, чтобы участник реально понял смысл выбора, а не просто подписал документ.

Типы биомедицинских экспериментов на людях

В лекции различаются самоэкспериментирование, терапевтические эксперименты, исследования на пациентах ради будущей пользы других больных и эксперименты на здоровых добровольцах. Эти формы отличаются по соотношению риска, пользы и степени зависимости участника от врача.

Особо уязвимы военнослужащие, заключённые, дети и пациенты, неспособные самостоятельно принимать решения. Контролируемая среда делает такие группы удобными для исследования, но одновременно ставит под сомнение свободу согласия.

Для детей терапевтический эксперимент может быть оправдан через интерес ребёнка и согласие законных представителей. Нетерапевтические исследования требуют особенно строгих ограничений риска и учёта способности ребёнка понять происходящее.

Off-label и чрезвычайные ситуации

Использование препаратов вне зарегистрированных показаний особенно часто встречается там, где классические исследования затруднены — например, в педиатрии и акушерстве. Здесь возникает конфликт между необходимостью лечения и недостатком формально подтверждённых данных.

Пандемии и другие чрезвычайные ситуации обостряют конфликт безопасности и срочности. В лекции упоминается «этический компас» Совета по биоэтике Наффилда: **справедливость**, равное уважение достоинства и уменьшение страдания должны направлять решения даже при ускоренном исследовательском процессе.

Причины внимания биоэтики к медицинскому экспериментированию

Фармакологические исследования расширяются, граница между лечением и экспериментом становится менее ясной, а новые технологии быстро переходят из лаборатории в клинику. Поэтому задача биоэтики — защищать человека от чрезмерного риска и одновременно не блокировать общественно значимый научный прогресс.

> Ключевой баланс: свобода исследования не должна уничтожать личную неприкосновенность, а интерес общества не должен автоматически оправдывать принесение отдельного человека в жертву.

Лекция 9. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей

История трансплантологии и её правовое закрепление

Трансплантация из экспериментальной практики превратилась в высокотехнологичную область клинической медицины. В XX веке развитие иммунологии, хирургии и реаниматологии сделало возможными массовые пересадки, но одновременно породило новые **моральн**ые вопросы.

К числу главных относятся границы допустимого риска для донора, **критерий смерти**, справедливое распределение дефицитных органов, предотвращение коммерциализации и защита добровольности. Международные документы требуют информированного согласия, запрета извлечения финансовой выгоды и приоритета лечения реципиента.

Оправданность перераспределения ресурсов

Трансплантология требует значительных ресурсов, поэтому возникает вопрос распределительной справедливости: насколько оправдано направлять большие средства на сложные операции, если существуют более массовые потребности здравоохранения. Аргумент в пользу трансплантологии состоит в том, что развитие высоких технологий создаёт эффекты для других областей медицины.

Глобальное неравенство и различия законодательства порождают трансплантационный туризм, когда пациенты и органы перемещаются в страны с более доступными или менее строгими режимами.

Коммерческие отношения в трансплантологии

Продажа органов вступает в конфликт с принципом, по которому человека нельзя использовать исключительно как средство. Дефицит органов, бедность и недостаточное финансирование создают **эко**номические стимулы для теневого рынка.

В качестве компромисса иногда обсуждается не продажа органа, а компенсация расходов донора. Однако даже материальное стимулирование должно быть устроено так, чтобы не превращать нужду человека в инструмент давления на его выбор.

Живое донорство

Живой донор принимает на себя реальный медицинский риск ради другого. Поэтому возникает конфликт принципов «**не навреди**» и «**делай благо**». Этически оправданное донорство должно быть добровольным, осознанным и бескорыстным, а ожидаемая польза для реципиента должна быть существенной.

Преимущества живого донорства — возможность плановой операции, сокращение ожидания и хорошие результаты трансплантации. Риски — хирургические осложнения, психологические последствия, социальная зависимость и коммерциализация.

Трупное донорство и критерий смерти

Для изъятия органов у умершего критически важно надёжно установить **смерть мозга** и исключить конфликт интересов. В идеальной системе бригада, констатирующая смерть, организационно независима от команды трансплантации.

Обсуждается и «контролируемое донорство», когда отключение жизнеподдерживающей терапии заранее планируется у безнадёжного пациента. Возникает риск, что необходимость получить орган повлияет на решение о прекращении лечения.

Ещё более спорная идея — донорство после эвтаназии. Здесь автономное распоряжение телом соединяется с идеей помощи другому человеку, но граница между медицинской помощью и намеренным причинением смерти становится особенно тонкой.

Презумпция согласия и презумпция несогласия

В модели opting out человек считается потенциальным донором, если при жизни не выразил отказ. В модели opting in изъятие допустимо только при явном согласии. Первая модель увеличивает доступность органов, вторая сильнее подчёркивает автономию.

Обе модели зависят от информированности общества и доверия к медицине. Донорские карты, отметки в документах и регистры — способы формализовать волю человека.

Справедливое распределение органов

При распределении дефицитных органов обычно учитываются медицинская совместимость, срочность, время ожидания и логистическая доступность. Этическая цель — максимально исключить политическое, финансовое и социальное неравенство из очередности.

В исходном курсе как успешный пример упоминается испанская национальная система координации донорства.

Фетальные ткани и ксенотрансплантация

Использование тканей абортированных плодов связывает трансплантологию с **моральн**ой оценкой аборта. Важным условием считается независимость решения об аборте от перспектив последующего использования ткани и запрет материального стимулирования.

Ксенотрансплантация стремится преодолеть дефицит органов с помощью животных, прежде всего свиней. Научные проблемы включают отторжение, коагуляцию, физиологическую несовместимость и риск передачи инфекций. Этические проблемы касаются использования животных и изменения границ между видами.

В более широком смысле **ксенотрансплантация** поднимает вопрос о человеческой идентичности и о том, насколько допустимо изменять телесность человека ради лечения.

Лекция 10. Проблема психической целостности пациента. Этика в психиатрии

Специфика психиатрии

Психиатрия работает с состояниями, которые непосредственно затрагивают личность, поведение, способность к выбору и социальную идентичность. Диагностические границы могут быть менее однозначными, чем в ряде других медицинских областей, поэтому особенно велик риск стигматизации и влияния культурных норм.

Психиатрический диагноз способен менять социальный статус человека и ограничивать его права. Это усиливает требования к обоснованности диагноза, конфиденциальности и защите пациента от злоупотреблений.

Патернализм и антипатернализм в истории психиатрии

До конца XVIII века психически больные часто воспринимались как объект полицейского контроля. Реформы Филиппа Пинеля и Джона Конолли обозначили переход к медицинскому и гуманному отношению.

Патернализм долго оставался доминирующей моделью. В XX веке деинституционализация и антипсихиатрическое движение усилили внимание к гражданским правам пациентов. Однако отказ от **патернализм**а тоже имеет риски: формальная **автономия** может превращаться в безразличие к тяжёлому больному.

Поэтому в психиатрии часто требуется гибкое сочетание заботы и уважения автономии.

Содержание биоэтических принципов в психиатрии

Международные документы подчёркивают гуманность, уважение достоинства и недопустимость дискриминации. **Стигматизация** сама по себе рассматривается как форма вреда.

Добровольная помощь требует компетентности, информированности, права на отказ и отсутствия принуждения. Компетентный пациент должен понимать информацию, оценивать риски и альтернативы и быть способен объяснить мотивы выбора.

Информация о психическом состоянии и лечении должна быть правдивой, доступной и адаптированной к состоянию пациента. **Конфиденциальность** имеет особенно высокое значение из-за социальных последствий раскрытия диагноза.

Этические проблемы разных видов психиатрической помощи

Стационарное лечение требует объяснить пациенту цель госпитализации, предполагаемый срок, возможные альтернативы, права и последствия пребывания в учреждении. Решение должно учитывать не только медицинскую пользу, но и вред изоляции.

Недобровольная помощь — исключение из общего принципа добровольности. Она может включать освидетельствование, наблюдение, госпитализацию, изоляцию и лечение без согласия. Этическим основанием служит защита самого пациента и окружающих при тяжёлом расстройстве и реальной опасности.

Курс подчёркивает различие между недобровольной психиатрической помощью и принудительными мерами медицинского характера, которые назначаются судом.

Принцип «не навреди» в психиатрии

Вред в психиатрии может быть связан не только с лекарствами и процедурами, но и с принуждением, социальной изоляцией, стигматизацией, отчуждением и лишением прав. Поэтому применяется принцип наименее ограничительной альтернативы.

Злоупотребление психиатрией может проявляться как использование самой системы во вред человеку, злоупотребление полномочиями медицинского персонала или намеренно необоснованная диагностика. Особенно опасно влияние немедицинских факторов — политических, социальных и личных.

Профессиональные кодексы нужны как механизм саморегуляции, но они эффективны только вместе с правовыми гарантиями и независимым контролем.

Судебная психиатрия и эксперименты

Исследования с участием лиц с психическими расстройствами требуют дополнительных гарантий. Международные нормы допускают исследования при письменном согласии законных представителей, минимальном риске и ожидаемой пользе, а в отдельных случаях — если исследование невозможно провести на других группах.

Судебный психиатр одновременно работает в медицинском и правовом поле. Его заключение влияет на судьбу человека, поэтому необходимы профессиональная независимость, эмоциональная сдержанность и ясное разграничение клинической помощи и экспертной функции.

Лекция 11. Права и обязанности государства по охране здоровья граждан

Этические проблемы развития геномики

Геномика развивается как самостоятельное направление вместе с крупными проектами секвенирования генома человека. Она открывает возможности диагностики, профилактики и терапии, но одновременно создаёт риски вмешательства в наследственность и **конфиденциальность**.

Основные проблемные группы: генетический скрининг и тестирование, **биобанки**, **конфиденциальность** генетической информации, медико-генетическое консультирование, генная терапия соматических и герминативных клеток, вмешательство в зиготу и **эмбрион**.

Международные документы связывают генетические исследования с **достоинство**м, автономией и запретом дискриминации. Человек должен иметь право как знать, так и не знать результаты генетического исследования.

Патентование и коммерциализация генетического знания

Патентование генов используется как пример конфликта научного открытия и коммерческого интереса. Противники патентования утверждают, что описание естественно существующего биологического объекта отличается от изобретения, а чрезмерная коммерциализация способна ограничивать доступ к исследованиям и нарушать открытость науки.

Российское право, согласно материалу лекции, исключает из патентной охраны ряд вмешательств, связанных с клонированием человека, наследуемой модификацией и использованием **эмбрион**ов в промышленных целях.

Этические аспекты проектов биобанкинга

Биобанк — не просто хранилище образцов, а инфраструктура, соединяющая биологический материал, данные, исследовательские проекты и социальные институты. **Биобанки** различаются по масштабу, типу материала, целям и режиму доступа.

Ключевые участники — доноры, операторы, пользователи и конечные бенефициары. Этическое сопровождение должно учитывать цели банка, финансирование, права доноров, порядок доступа и возможное коммерческое использование.

Информированное согласие в **биобанки**нге может быть повторно подтверждаемым, предполагаемым, общим, широким, многоуровневым или доверительным. В согласии важно описать объект и риски забора, срок хранения, цели использования, возможность отзыва, **конфиденциальность**, коммерческое использование и права на результаты исследований.

Прозрачность деятельности **биобанк**а рассматривается как важнейшее условие общественного доверия.

Социально-этические проблемы генодиагностики и генотерапии

Генодиагностика позволяет локализовать наследственные дефекты и выявлять риск заболеваний до появления симптомов. Польза этих технологий сопровождается риском генетической дискриминации, чрезмерной интерпретации вероятностных данных и нарушения конфиденциальности.

Генотерапия может быть направлена на соматические клетки, не затрагивая наследование, либо на герминативные клетки и **эмбрион**, что создаёт последствия для будущих поколений. Чем более

наследуемым и необратимым становится вмешательство, тем выше требования к этической и правовой оценке.

Биоэтическое регулирование редактирования генома человека

Технологии **CRISPR/Cas9** сделали редактирование генома существенно доступнее. Это расширило терапевтические перспективы, но одновременно увеличило риск выхода вмешательств за рамки контролируемой лаборатории.

Различаются редактирование соматических клеток ex vivo и in vivo, а также вмешательства в герминативную линию. Последние вызывают особую обеспокоенность из-за возможности генетического «улучшения» человека, новых форм неравенства и возрождения евгенических проектов.

Регулирование может быть ориентировано либо на саму технологию, либо на конечный продукт. Обе стратегии имеют ограничения. В качестве компромисса в некоторых странах используется условное одобрение технологий с приемлемым уровнем риска при продолжении контроля.

Этические аспекты генетической паспортизации

Генетическая паспортизация является частным случаем биоидентификации. Она может помочь прогнозировать заболевания и развивать персонализированную медицину, но создаёт риск постоянного наблюдения, дискриминации и психологического давления из-за знания о будущих болезнях.

Аргументы «за» связаны с профилактикой, индивидуальным лечением и общественной безопасностью. Аргументы «против» — с неполнотой знаний, дефицитом специалистов, угрозой конфиденциальности и возможностью неправомерного использования данных.

В рамках биоэтического приоритета исходный курс ставит на первое место автономного индивида, затем семью и только после этого интересы общества и государства.

Лекция 12. Фармацевтическая биоэтика: основные проблемы и решения

Фармацевтическая биоэтика и особенности фармацевтического рынка

Фармацевтическая биоэтика изучает **моральные** и правовые проблемы, возникающие при разработке, исследовании, производстве, регистрации, продвижении и использовании лекарств. Её цель — защита достоинства и прав человека на всех этапах обращения лекарственных средств.

Фармацевтический рынок отличается двойственностью товара и услуги, обязательным участием посредников, сильным регулированием и сложностью принятия решения. Пациент редко взаимодействует напрямую с производителем; между ними находятся врач, фармацевт, дистрибьютор, аптека и государственные регуляторы.

Коммерческий интерес постоянно пересекается с задачами здравоохранения. Поэтому профессиональная **этика** требует, чтобы решения о лекарстве определялись пользой пациента, а не только объёмом продаж.

Этические аспекты создания, производства и контроля лекарств

Доклинические исследования оценивают безопасность и эффективность до испытаний на человеке. Исследования на животных должны следовать **концепции 3R**: уменьшение числа животных (**Reduction**), замена альтернативными моделями (**Replacement**) и совершенствование процедур для снижения страдания (**Refinement**).

Клинические исследования проводятся по принципам **Good Clinical Practice**. Права, безопасность и благополучие участника имеют приоритет над интересами науки и общества. Исследование должно иметь протокол, положительное заключение этического комитета, квалифицированных исследователей и **добровольное информированное согласие**.

Регистрация лекарственного средства объединяет данные о качестве, безопасности и эффективности. Государственное регулирование обеспечивает, чтобы на рынок попадали препараты с подтверждёнными характеристиками.

На производственном этапе действуют стандарты **Good Manufacturing Practice**: стабильность состава, контроль процессов, качество сырья, упаковки, хранения и персональная ответственность. Биоэтический смысл этих правил — предотвращение вреда потребителю.

Недобросовестная конкуренция и фальсификация

Фармацевтический рынок особенно уязвим к злоупотреблениям, потому что потребитель не может самостоятельно проверить качество и безопасность лекарства. Неэтичная конкуренция включает ложные сведения, введение в заблуждение, копирование упаковки, нарушение интеллектуальных прав и манипуляции с составом препарата.

Фальсификация лекарств создаёт угрозу здоровью, разрушает доверие к аптекам и производителям и наносит **эко**номический ущерб. Поэтому борьба с фальсификатом имеет одновременно правовое и биоэтическое измерение.

Этические аспекты продвижения лекарственных средств

Информационная и рекламная деятельность должна быть точной, доказательной, современной и сбалансированной. Нельзя скрывать значимую информацию о рисках, необоснованно использовать слово «безопасно» или строить сравнения без фактической базы.

Финансовые стимулы не должны определять назначения врача. Реклама для населения не должна создавать иллюзию гарантированного лечения, подменять консультацию специалиста или эксплуатировать тревогу человека о здоровье.

Особенно важно не превращать медицинский авторитет в инструмент продажи. В исходном курсе подчёркивается необходимость ограничивать использование образов медицинских работников и заявлений о гарантированной эффективности.

Дистрибуция и аптечная практика

Good Distribution Practice должна сохранять качество лекарств на пути от производителя к аптеке: правильное хранение, транспортировку, прослеживаемость и своевременный отзыв некачественной продукции.

Good Pharmacy Practice ставит на первое место благополучие пациента. Фармацевт должен обеспечивать лекарством и информацией, поддерживать рациональное применение и ориентировать каждую услугу на конкретного человека.

В аптеке возникает требование конфиденциальной коммуникации, которое не всегда поддерживается пространственной организацией. Даже короткая консультация может содержать чувствительную медицинскую информацию.

Конфликт ролей провизора

Провизор одновременно включён в торговлю и здравоохранение. Он заинтересован в **эко**номической эффективности организации, но профессионально обязан ставить благополучие пациента выше стимулирования продаж. Этот конфликт делает особенно важными **правдивость**, автономию и независимость от давления производителя.

В отношениях с врачом фармацевт должен корректно реагировать на возможные ошибки назначения, не разрушая доверие пациента к системе здравоохранения. В отношениях с производителями — сохранять беспристрастность и не подменять профессиональную рекомендацию коммерческим продвижением.

> Итог курса: биоэтические принципы автономии, правдивости, конфиденциальности, непричинения вреда, справедливости и уважения достоинства действуют не только в клинике, но и во всей системе современной биомедицины и фармацевтики.

Итоговая карта курса

Курс последовательно показывает, как биомедицина превращает естественные границы человеческой жизни в области технического и социального выбора. Начало жизни, смерть, психическая и телесная целостность, генетическая идентичность и доступ к лекарствам всё чаще зависят от решений специалистов, пациентов, родственников, государства и общества.

Биоэтика не предлагает простой универсальный алгоритм. Её функция — сделать конфликт ценностей явным, обеспечить участие затронутых сторон, сформулировать принципы и процедуры, а также не допустить того, чтобы техническая возможность автоматически становилась **моральн**ым разрешением.

Ключевой учебный вывод: профессиональное решение в биомедицине должно быть не только научно корректным и юридически допустимым, но и этически обоснованным.

Принцип	**Рабочий смысл**
Автономия	Осознанный и свободный выбор пациента или участника исследования.
Правдивость	Честная и понятная коммуникация, позволяющая принимать решения.
Конфиденциальность	Защита частной медицинской и генетической информации.
Не навреди	Минимизация физического, психического и социального ущерба.
Благодеяние	Активное стремление к пользе пациента и общества.
Справедливость	Честное распределение рисков, ресурсов и медицинских благ.
Достоинство	Признание безусловной ценности человека независимо от состояния.
Ответственность	Готовность специалиста отвечать не только за действия, но и за последствия технологий.

Примечание об исходном материале

Редакционная версия подготовлена по содержанию студенческого конспекта курса «**Биоэтика**» Е.В. Брызгалиной. Структура двенадцати лекций и тематические узлы сохранены, но текст переработан, объединён и изложен заново. Сторонние логотипы, водяные знаки, рекламные элементы и URL исходного макета не воспроизводились.

Материал предназначен для учебной подготовки. Для публикации ответов, правовых утверждений и сведений о современном состоянии медицинских практик необходима отдельная актуализация по первичным нормативным и научным источникам.

Приложение. Детализированные опорные тезисы по всем лекциям

Приложение служит контрольной картой полноты: оно собирает конкретные положения, перечни, кейсы и различения, представленные в исходном лекционном материале. Формулировки редакционные, не стенографические.

Лекция 1: опорные детали

- **Биоэтика** описывается одновременно как междисциплинарное знание, академическая дисциплина и общественный институт.
- **Этика** исследует **мораль** как форму общественного сознания, её ценности, внутреннюю структуру и историческое изменение.
- **Биоэтика** возникает на пересечении социогуманитарного знания и биомедицинских наук.
- **Экологическая линия биоэтики напоминает**: техническая осуществимость не равна нравственной допустимости.
- Фриц Яр связывал биоэтику с нравственным отношением ко всему живому и формулировал биоэтический императив.
- Ван Ренсселер Поттер понимал биоэтику как знание о выживании, соединяющее биологию и человеческие ценности.
- **Антропоцентризм** ставит в центр человека; **биоцентризм** расширяет **моральн**ый долг на живой мир.
- **Четыре группы проблем курса**: начало жизни; смерть и умирание; вмешательство в телесную и психическую целостность; отношения индивида и государства в здравоохранении.
- Дескриптивная **биоэтика** изучает реальное поведение и позиции участников; нормативная сопоставляет их с принципами и нормами.
- История с первым диализным аппаратом в Сиэтле показывает необходимость общественной процедуры распределения дефицитного медицинского ресурса.
- Право часто запаздывает за развитием медицинских практик; биоэтическая дискуссия может предшествовать законодательству.
- Правовая норма трактуется как этический минимум, но не исчерпывает **моральн**ую оценку поступка.
- **Четыре отношения права и биоэтики**: правовая традиция влияет на мышление; **биоэтика** развивает право; **биоэтика** дополняет право; право фиксирует минимальный **моральн**ый стандарт.
- Натурфилософия ставит философию над частными науками; позитивизм стремится освободить науку от метафизики.
- Антиинтеракционизм разводит философию и науку; диалектическая позиция подчёркивает их внутреннюю связь.
- **Философия анализирует научную рациональность**: пределы знания, смысл диагноза, роль интуиции, критерии истинности и допустимости.
- **Модель 4P-медицины**: персонализация, предикция, профилактика и участие пациента.
- В современной технонауке получение знания и применение технологии всё меньше разделимы.
- Нравственная культура исследователя становится частью профессионализма.
- **Логика курса**: предмет биоэтики → начало и конец жизни → целостность пациента → отношения гражданина и государства.

Лекция 2: опорные детали

- Древние кодексы уже содержали нормы об ответственности врача, оплате и врачебной ошибке.
- В «Гиппократовом корпусе» **врачебная этика** представлена как система профессиональных обязательств и самодисциплины.

- К обязательствам гиппократовской традиции относятся помощь, уважение, **справедливость**, сохранение тайны и непричинение вреда.
- Модель Гиппократа рассматривает отношения врача и пациента через социальные гарантии и профессиональную ответственность.
- **Парацельсовская** модель связывает терапевтический результат с доверием и нравственным качеством отношений.
- **Патернализм** здесь понимается как забота врача, который действует ради блага пациента и берёт ответственность за решение.
- **Моральный принцип парацельсовской модели** — «делай добро».
- **Деонтологическая модель** делает центром понятие профессионального долга и конкретных правил поведения.
- В советской традиции деонтология стремилась заменить религиозное основание профессиональной морали светской системой обязанностей.
- Одна обязанность может конфликтовать с другой, поэтому одних правил долга недостаточно для сложной биоэтической ситуации.
- Глобализация создаёт мировой рынок медицинских услуг, лекарств, перемещение инфекций и трансграничные эпидемические риски.
- Права человека становятся одним из главных оснований современной биоэтики.
- Классическая наука ориентировалась на абсолютную достоверность, детерминированные законы и независимость объекта от наблюдателя.
- Неклассическая наука принимает относительность теорий, вероятностность и зависимость описания от условий наблюдения.
- Постнеклассическая наука работает со сложными развивающимися системами и включает ценностные факторы в анализ.
- Коммерциализация науки превращает знания и открытия в товар и создаёт новые конфликты интересов.
- Институциональное усложнение здравоохранения размывает личную ответственность между множеством участников.
- Прогностическая медицина усиливает власть объективированных данных над человеком и требует возвращать в медицину личный опыт пациента.
- **Медикализация** расширяет перечень состояний, которые общество начинает трактовать как медицинские проблемы.
- **Модели Р. Витча**: инженерная, пастырская, коллегиальная и контрактная.

Лекция 3: опорные детали

- Автономный выбор предполагает преднамеренность, понимание рисков и отсутствие принуждения.
- **Автономия** пациента дополняется профессиональной автономией врача.
- В медицине человек часто не «решает задачу», а выбирает между вариантами в условиях неполной информации.
- **Практические требования автономии**: **достоинство**, права, информирование, психологическая поддержка, согласие, право на отказ.
- Нарушение автономии возможно только при ясном обосновании другими биоэтическими соображениями.
- Биологический план болезни отражает экспертное знание; биографический — личный опыт пациента.
- **Биоэтика** стремится к симметрии этих двух видов знания.
- Кейс Терри Шайво подчёркивает роль судов, родственников и конфликтующих медицинских прогнозов.
- Кейс Терри Уоллиса показывает ограниченность прогноза при длительных состояниях нарушения сознания.
- **Правдивость** — не только точность фактов, но и стремление к открытому уважительному общению.

- Тяжёлую информацию следует сообщать в форме, соразмерной способности пациента её воспринять.
- Добровольное согласие является процедурным выражением автономии и правдивости.
- **Исключения, обсуждаемые в конспекте**: экстренная ситуация, отказ пациента от участия в решении, терапевтическая привилегия, некомпетентность.
- **Конфиденциальность** защищает частную жизнь, социальный статус и доверие к медицине.
- Врачебная тайна не абсолютна, если сокрытие информации создаёт серьёзный риск для других.
- **В исходном материале упоминаются законные случаи раскрытия**: лечение неспособного выразить волю, эпидемическая угроза, запрос суда и правоохранителей, защита несовершеннолетних, подозрение на противоправный вред.
- Современная **биоэтика** отличается от старой корпоративной врачебной этики включением общества и неспециалистов.
- Этические комитеты объединяют разные профессии и мировоззрения.
- Независимость этической комиссии принципиальна для доверия к её заключениям.
- **Биоэтика** использует публичный диалог как способ принятия решений при конфликте ценностей.

Лекция 4: опорные детали

- Сексуальная революция и распространение контрацепции усилили разделение сексуального и репродуктивного поведения.
- Репродуктивные права включают выбор числа детей, сроков рождения и доступ к информации и услугам.
- Осознанное родительство означает рефлексию мотивов и возможностей стать родителем.
- Репродуктивная стратегия включает сроки, число детей и способы контроля фертильности.
- «Планирование семьи» заменило политически более жёсткое понятие «контроль рождаемости».
- **Медикализация** репродукции увеличивает влияние медицинских рекомендаций на беременность и роды.
- Деинтимизация означает включение специалистов и технологий в ранее приватные процессы.
- Коммерциализация создаёт рынок репродуктивных услуг и новые стимулы поведения.
- **Основные биоэтические проблемы начала жизни**: **статус эмбриона**, исследования на половых клетках и **эмбрион**ах, криоконсервация, донорство гамет, **суррогатное материнство**, выбор пола.
- Дыхательный критерий связывает начало жизни с развитием способности к самостоятельному дыханию.
- Кардиальный критерий обращается к формированию сердечно-сосудистой системы и первой сердечной активности.
- Неврологический критерий связывает начало жизни с формированием центральной нервной системы и чувствительности.
- Критерий первичной полоски связан с идеей различать «пре**эмбрион**» и **эмбрион** на ранних стадиях.
- Имплантационный критерий считает **моральн**о значимым момент закрепления бластоцисты в матке.
- Генетический критерий связывает начало индивидуальной жизни со слиянием гамет и появлением уникального генома.
- Градуализм подчёркивает непрерывность развития и постепенность становления личностных свойств.
- Аргумент естественной убыли **эмбрион**ов используется против отождествления потенциальной и актуальной личности.
- Аргумент тотипотентности обсуждает возможность раннего разделения **эмбрион**а и проблему онтологической индивидуальности.
- Жером Лежен приводится как сторонник идеи ранней индивидуализации и непрерывности развития от оплодотворения.
- Психоаналитическая линия связывает личностное развитие с внутриутробным и родовым опытом.

- Социологизм подчёркивает социальную сущность человека и исторически влиял на законодательные решения об аборте.
- **Моральн**о-интенциональный подход видит основание статуса в направленном **моральн**ом отношении к будущему ребёнку.
- Христианская позиция подчёркивает священность жизни и личностный статус человека на всех стадиях.
- В изложении лекции ислам связывает особый статус одушевления со сроком 120 дней, сохраняя общий запрет на аборт с исключениями.
- Иудаизм отдаёт приоритет сохранению жизни матери в ситуации прямого конфликта.
- Буддистские позиции в ряде вопросов вспомогательной репродукции могут быть менее запретительными.
- **Общий вывод**: биологические, философские, религиозные и правовые критерии не складываются в одно универсальное решение.

Лекция 5: опорные детали

- В национальных конституциях и международных актах момент начала правовой защиты жизни формулируется по-разному.
- В российской правовой традиции право и свободы формально связываются с рождением, что влияет на регулирование аборта.
- Аборт в России прошёл периоды уголовного запрета, легализации после революции, запрета 1936 года и повторного разрешения в 1955 году.
- Перечни социальных показаний для прерывания беременности в разные периоды существенно менялись и сокращались.
- Врач может сталкиваться с конфликтом между профессиональной обязанностью и свободой совести при отказе от аборта.
- Кейс супругов Риос поставил вопрос о правовом и наследственном статусе замороженных **эмбрион**ов после смерти родителей.
- Искусственная инсеминация создаёт вопросы анонимности донора, доступа ребёнка к информации и родительских прав.
- В немецком кейсе взрослая дочь добивалась раскрытия личности анонимного донора, апеллируя к праву знать происхождение.
- Кейс датского «донора 7042» иллюстрирует ответственность **биобанк**а за генетический скрининг и ограничение числа зачатий.
- Американский кейс с тремя родительскими фигурами показывает, как донорство и новые семейные модели усложняют юридическое родительство.
- **Проблемы ЭКО**: допустимые манипуляции, криоконсервация, судьба неиспользованных **эмбрион**ов, риски для женщины и ребёнка, предимплантационная диагностика.
- Многоплодная беременность после **ЭКО** может приводить к редукции числа **эмбрион**ов и дополнительным **моральн**ым дилеммам.
- Кейс Нади Сулейман рассматривает ответственность врачей, когда желание пациента связано с коммерческими или медийными мотивами.
- Ошибки **биобанк**ов могут затрагивать расовую и семейную идентичность ребёнка и приводить к судебным конфликтам.
- Митохондриальное донорство создаёт возможность использовать генетический материал более двух человек.
- Терапевтический отбор **эмбрион**ов ради помощи больному родственнику ставит вопрос о допустимости инструментального отношения к будущему ребёнку.
- В Швейцарии обсуждалась предимплантационная диагностика как альтернатива более позднему прерыванию беременности.
- В ряде стран исследования на **эмбрион**ах запрещены полностью, в других разрешены при строгой регламентации.
- **Суррогатное материнство** запрещено или ограничено во многих европейских странах, а подходы к коммерческой форме особенно различаются.

- **Главные проблемы суррогатного материнства**: разделение типов материнства, договорные конфликты, коммерциализация и статус ребёнка.
- В лекции приводятся данные общественного мнения в России, показывающие неоднозначное отношение к суррогатному материнству.
- **Итог**: биомедицина значительно быстрее меняет практику, чем культура и право успевают осмысливать последствия.

Лекция 6: опорные детали

- Сотериологическая культура связывает смысл жизни с инобытием; гедонистическая — с земным благополучием.
- В современной культуре тема смерти может вытесняться из частной жизни при одновременном существовании массовых ритуалов памяти.
- Исторически врач часто прекращал лечение при явной безнадёжности и не имел монополии на констатацию смерти.
- Страх преждевременного погребения в Европе XVII–XIX веков способствовал медикализации смерти.
- С развитием реанимации смерть стала требовать технического критерия и профессионального решения.
- Искусственная поддержка жизненных функций растянула переход между жизнью и смертью.
- Концепция «святой лжи» оправдывает сокрытие тяжёлого прогноза принципом непричинения вреда.
- Аргументы против «святой лжи» опираются на автономию, право планировать жизнь и возможность отказаться от информации.
- Кейс умирающего Пушкина используется как пример разницы между прямым сообщением прогноза и утешительной коммуникацией.
- Кюблер-Росс выделяла отрицание, протест, торг, депрессию и принятие.
- **Паллиативная помощь** направлена на уменьшение страдания и сохранение достоинства при неизлечимом заболевании.
- **Формы паллиативной помощи**: помощь на дому, стационары, специализированные отделения, выездные службы, хосписы.
- Хосписное движение связано с идеей качества, а не максимальной продолжительности жизни.
- **Паллиативная помощь** включает поддержку родственников и профилактику профессионального выгорания персонала.
- Объективное качество жизни связано с симптомами и функциями; субъективное — с комфортом, смыслом и самоуважением.
- Кардиореспираторный **критерий смерти** оказался недостаточным после появления искусственной вентиляции и реанимации.
- **Клиническая смерть** отличается от биологической обратимостью части процессов.
- Современный критерий должен быть научно обоснован, практичен, объективен и культурно приемлем.
- **Смерть мозга** рассматривается как эквивалент смерти человека из-за необратимой утраты интегрирующей функции и сознания.
- Гарвардская комиссия предложила новый критерий в контексте реанимации и трансплантации.
- Различают смерть всего мозга, ствола и коры; правовые системы используют эти понятия неодинаково.
- Кейс Джахи Макмат демонстрирует конфликт медицинского критерия и убеждения семьи, ориентированной на сердцебиение.

Лекция 7: опорные детали

- Фрэнсис Б**эко**н употреблял слово «**эвтаназия**» в смысле облегчения умирания, а не обязательно преднамеренного прекращения жизни.
- Исторически **эвтаназия** понималась как ускорение смерти, устранение «лишних» людей, забота об умирающем или предоставление возможности умереть.

- В античной мысли существовали как оправдывающие, так и запретительные позиции относительно добровольной смерти.
- В XIX–XX веках дискуссия усилилась благодаря обезболиванию, секуляризации и росту идеи автономии.
- Зигмунд Фрейд приводится как известный пример просьбы врача помочь прекратить страдания в терминальном состоянии.
- Нацистская политика принудительной «эвтаназии» стала важнейшим негативным историческим уроком.
- Пассивная форма связана с неначалом или прекращением поддерживающего лечения; активная — с преднамеренным действием.
- **Ассистированное самоубийство** отличается тем, что финальное действие совершает сам пациент.
- Джек Кеворкян стал символом американской дискуссии об участии врача в добровольном уходе из жизни.
- **В Нидерландах сформированы условия**: тяжёлое страдание, настойчивая просьба, информированность, отсутствие приемлемой альтернативы и консультация второго врача.
- Кейс психиатра Баудвейна Шабо расширил дискуссию на тяжёлое психическое страдание.
- Бельгийский опыт включает обсуждение эвтаназии несовершеннолетних.
- В отдельных штатах США разрешено медицинское содействие при самоубийстве терминально больных.
- Швейцарская модель допускает помощь при самоубийстве при отсутствии корыстного мотива и привлекает иностранных граждан.
- Британская модель традиционно сохраняет уголовный запрет, хотя судебная практика может учитывать сострадание.
- Кейс Ханны Джонс показывает право компетентного несовершеннолетнего отказаться от лечения и возможность последующего изменения решения.
- Канадская дискуссия связана с Сью Родригез и последующим изменением правового подхода.
- Кейс Элуаны Энгларо касается прекращения искусственного питания при длительном вегетативном состоянии.
- **Аргументы «за»**: **автономия**, защита от страдания, достойная смерть, альтруизм, **эко**номическая нагрузка.
- **Аргументы «против»**: ценность жизни, врачебное призвание, ошибки прогноза, адаптация, риск злоупотреблений, торможение медицины, психологическая неоднозначность, «наклонная плоскость».
- Исходная лекция делает вывод в пользу осторожного, преимущественно критического отношения к активной эвтаназии.

Лекция 8: опорные детали

- Эксперимент отличается активным управлением условиями и возможностью воспроизведения.
- **Структура эксперимента**: цель, объект и ситуация, способ наблюдения, регистрация, обработка и интерпретация.
- Медицинский эксперимент одновременно относится к научной и социальной практике.
- Нюрнбергский процесс над врачами сделал этические нарушения биомедицинских исследований предметом международного права.
- **Нюрнбергский кодекс** требует добровольного согласия, общественной значимости, предварительных данных, минимизации страданий и соразмерности риска.
- Исследователь обязан быть квалифицирован и прекратить эксперимент при угрозе тяжёлого вреда.
- После Нюрнберга нарушения продолжались; в лекции упоминаются американские исследования с уязвимыми группами.
- **Статья Г. Бичера использована для тезиса**: неэтичность может возникать не только в преступной системе, но и внутри обычной научной практики.
- **Нюрнбергский кодекс** недостаточно подробно решал вопросы детей, психически больных и других неспособных дать согласие групп.

- **Хельсинкская декларация** и Конвенция Овьедо расширили набор гарантий.
- В Конвенции Овьедо благо человека ставится выше интересов общества и науки.
- Исследование требует отсутствия равноэффективной альтернативы, приемлемого риска, этической экспертизы и информированного согласия.
- Создание **эмбрион**ов исключительно для исследований в конспекте связывается с запретительной нормой Конвенции.
- **Достоинство** трактуется как безусловная ценность, не зависящая от полезности человека для общества.
- Добровольность означает отсутствие насилия и угроз; информированность — понятное знание целей, процедур и рисков.
- **Типы экспериментов**: самоэксперимент, экспериментальная терапия, исследование на пациентах ради будущей пользы, исследования на здоровых.
- Заключённые и военнослужащие удобны организационно, но их зависимость ставит под сомнение свободу согласия.
- Детские исследования требуют участия законного представителя и минимизации риска.
- Off-label применение особенно распространено в педиатрии и акушерстве, где классические испытания этически сложны.
- Пандемия усиливает конфликт между тщательностью испытаний и срочной потребностью в лечении.
- **«Этический компас» Наффилда**: **справедливость**, равное **достоинство** и уменьшение страдания.
- **Главная функция биоэтики** — балансировать свободу научного поиска и защиту конкретного испытуемого.

Лекция 9: опорные детали

- История трансплантации проходит путь от мифологических сюжетов и ранних опытов до массовой высокотехнологичной медицины.
- Конвенция Овьедо связывает изъятие органов у живого донора с лечением реципиента и отсутствием лучшей альтернативы.
- **Добровольное информированное согласие** — основной этический фильтр трансплантации.
- Финансовая выгода от органов и тканей рассматривается как недопустимая.
- **Три группы проблем**: распределение ресурсов, коммерциализация, **этика** конкретных этапов эксплантации и распределения органов.
- Высокая стоимость трансплантации порождает вопрос распределительной справедливости.
- Трансплантационный туризм возникает из различий права, **эко**номики и доступности органов.
- **Причины теневого рынка**: дефицит органов, бедность, недостаток финансирования и слабый контроль.
- **Основные источники: живое и посмертное донорство; альтернативы** — протезы, искусственные органы, клонирование, **ксенотрансплантация**.
- Живое донорство конфликтует с «**не навреди**», потому что здоровому донору причиняется медицинский ущерб ради пользы другого.
- **Этически значимые условия живого донорства**: добровольность, осознанность, отсутствие коммерческого принуждения, польза реципиенту выше риска донора.
- **Риски**: медицинские, хирургические, социальные, психологические и коммерческие.
- В лекции Иран приводится как пример регулируемого рынка органов.
- Для посмертного донорства центрально надёжное определение смерти мозга.
- Принципы единого подхода, коллегиальности и независимости бригад защищают от конфликта интересов.
- Контролируемое донорство связано с заранее ожидаемым прекращением кровообращения после отказа от лечения.
- «Донорство после эвтаназии» соединяет автономию, дар и риск стирания границы между помощью и убийством.
- Рутинный забор органов исторически предполагал широкие полномочия государства над телом умершего.

- Opting out предполагает согласие по умолчанию при отсутствии отказа; opting in требует явного согласия.
- Для обеих моделей критичны общественное доверие и информированность о смерти мозга и трансплантации.
- **Критерии распределения**: совместимость, срочность, время ожидания и расстояние до органа.
- Испанская модель приводится как пример национальной координации донорства.
- При использовании фетальных тканей решение об аборте должно быть независимым от трансплантационной цели.
- Рекомендации включают отсутствие оплаты за аборт, **информированное согласие** и разделение команд.
- **Ксенотрансплантация** рассматривает свинью как основной потенциальный источник органов.
- **Научные риски ксенотрансплантации**: сверхострое отторжение, коагуляция, физиологические различия, ретровирусы.
- **Этические риски**: страдание животных, размывание видовых границ и влияние на телесную идентичность человека.

Лекция 10: опорные детали

- **Психиатрия** особенно тесно связана с личностью и границей между нормой и патологией.
- Диагноз может иметь стигматизирующий эффект и социальные последствия.
- До конца XVIII века психически больные часто рассматривались преимущественно как объект общественного порядка.
- Пинель и Конолли связаны с переходом к гуманной клинической психиатрии.
- В XIX веке спорили «психики» и «соматики» о природе психических расстройств.
- Патерналистская модель преобладала до середины XX века.
- Деинституционализация в США сопровождалась закрытием клиник и ростом проблем помощи тяжёлым пациентам.
- Анти**психиатрия** ставила под сомнение само понятие психической болезни и акцентировала социальную стигматизацию.
- Современная **биоэтика** стремится защищать гражданские права психически больного, не отрицая необходимость лечения.
- Международные документы подчёркивают гуманность и недопустимость дискриминации.
- Компетентность включает понимание информации, реалистичную оценку состояния и способность к мотивированному выбору.
- Информирование должно учитывать психическое состояние и включать методы, цели, риски, побочные эффекты и ожидаемый результат.
- Добровольность несовместима с насилием, угрозой и обманом.
- Перед госпитализацией пациенту следует объяснить место, цель, срок, альтернативы, права и возможные последствия.
- **Недобровольная помощь** включает освидетельствование, наблюдение, стационар, изоляцию, препараты и спорный диагноз.
- **Основания**: тяжёлое расстройство плюс опасность, беспомощность или риск существенного вреда без помощи.
- **Недобровольная помощь** отличается от судебно назначенных принудительных мер.
- Принцип наименее ограничительной альтернативы требует минимизировать длительность и интенсивность ограничений.
- Вред психиатрии может быть медицинским, социальным, **моральн**ым и правовым.
- Злоупотребления различаются как злоупотребление системой, персоналом и конкретным психиатром.
- Ошибочный диагноз может быть добросовестным заблуждением или следствием немедицинских мотивов.
- Профессиональные кодексы призваны укреплять саморегуляцию и независимость врача.
- Эксперименты с психически больными требуют дополнительных процедур согласия и оценки риска.

- Судебный психиатр определяет способность человека понимать свои действия, руководить ими и правильно воспринимать обстоятельства дела.

Лекция 11: опорные детали

- Проекты «Геном человека» в США и СССР в конце 1980-х годов обозначили переход генетики к крупномасштабным программам.
- HUGO создана для международной координации геномных исследований.
- **Проблемы геномики**: скрининг, тестирование, **биобанки**, **конфиденциальность**, консультирование, терапия и вмешательство в наследуемый геном.
- **Ключевые международные документы**: Декларация ЮНЕСКО о геноме человека и **Конвенция о правах человека и биомедицине**.
- **Этические ориентиры**: приватность, **автономия**, **справедливость**, равный доступ и качество исследований.
- Патентование генов обсуждается как конфликт собственности на изобретение и открытия естественного биологического объекта.
- Коммерциализация геномики способна влиять на открытость и объективность научного знания.
- Исландский проект национального **биобанк**а используется как пример масштабного сбора генетических данных.
- **Биобанк** сочетает образцы и данные и рассчитан на многоцелевое использование.
- **Типы биобанков**: популяционные, клинические, редких болезней; источники — клиника, исследования, судебная медицина, фарминдустрия.
- По доступу **биобанки** бывают частными, университетскими, региональными, национальными и международными.
- **Стейкхолдеры**: доноры, операторы, пользователи и конечные бенефициары.
- В согласии на **биобанки**нг важны материал, риски, срок хранения, цели, отзыв согласия, **конфиденциальность**, коммерческое использование и доступ организаций.
- Прозрачность считается условием формирования доверия к **биобанк**у.
- В исходном конспекте упоминается развитие сети **биобанк**ов и генетической паспортизации в России.
- **Генодиагностика** включает локализацию генов, пренатальное и доклиническое тестирование, сопоставление нормы и патологии.
- **Главный риск генетической информации** — дискриминация и редукция личности к набору генетических вероятностей.
- **Генотерапия** соматических клеток отличается от вмешательства в герминативную линию тем, что изменения не наследуются.
- **CRISPR/Cas9** резко расширил доступность и точность редактирования генома.
- «Гражданская наука» показывает, что генетические инструменты постепенно выходят за пределы специализированных лабораторий.
- Условное одобрение технологий рассматривается как компромисс между инновацией и длительной проверкой безопасности.
- **Редактирование ex vivo происходит вне организма, in vivo** — непосредственно в организме.
- Наследуемое редактирование вызывает опасения генетического улучшения, социального неравенства и евгеники.
- Генетический паспорт может помогать профилактике и персонализированному лечению.
- **Риски паспортизации**: психологическое давление, **конфиденциальность**, дискриминация и злоупотребление неполными данными.
- **Приоритет исходной биоэтической схемы**: индивид → семья и родственники → общество и государство.

Лекция 12: опорные детали

- **Фармацевтическая биоэтика** охватывает разработку, испытания, производство, регистрацию, распространение, продвижение и использование лекарств.
- Фармацевтический рынок сочетает товар и медицинскую услугу.

- **Производитель взаимодействует с пациентом через посредников** — врача, фармацевта, дистрибьютора и аптеку.
- **Главный конфликт рынка**: коммерческий интерес не должен подменять интерес здоровья пациента.
- Доклинические исследования оценивают безопасность и эффективность до испытаний на человеке.
- **Принцип 3R**: уменьшение числа животных, замена альтернативными моделями, совершенствование условий эксперимента.
- Клинические исследования оценивают фармакологию, эффективность, безопасность и побочные эффекты.
- **GCP** — одновременно научный и этический стандарт.
- Исследование допустимо только при благоприятном соотношении ожидаемой пользы и риска.
- Права, безопасность и благополучие участника имеют приоритет над интересом науки и общества.
- Протокол должен пройти этическую экспертизу.
- **Информированное согласие** получают до включения участника в исследование.
- **Конфиденциальность** идентифицирующих данных обязательна.
- Регистрационное досье включает общую информацию, качество, безопасность и эффективность.
- **GMP** обеспечивает правильность производства, состава, маркировки, упаковки, хранения и контроля качества.
- Неэтичная конкуренция включает ложные сведения, введение в заблуждение, копирование упаковки, нарушение интеллектуальных прав.
- Изменение вспомогательного вещества ради формального патентования нового препарата может менять безопасность и эффективность.
- Фальсификаты могут быть внешними копиями, препаратами, не прошедшими регистрацию, или переупакованными просроченными лекарствами.
- Фальсификация вредит пациенту, производителю, системе здравоохранения и государству.
- Рекламные материалы должны быть точными, доказательными и сбалансированными.
- Недопустимо создавать впечатление гарантированной безопасности или заменять консультацию врача рекламой.
- Финансовая выгода не должна определять назначения специалиста.
- **GDP** защищает качество лекарств на этапе хранения, перевозки и дистрибуции.
- **GPP** требует ставить благополучие больного на первое место.
- Аптека должна обеспечивать не только препарат, но и корректную информацию о его применении.
- **Конфиденциальная беседа с пациентом** — часть качественной аптечной практики.
- Провизор одновременно участник торговли и здравоохранения, поэтому постоянно сталкивается с конфликтом интересов.
- Провизор должен сохранять независимость от **эко**номического давления производителя.
- При обнаружении ошибки врача необходимы профессиональный такт и защита пациента без разрушения доверия к медицине.
- **Итоговый ориентир курса**: **автономия**, **правдивость**, **конфиденциальность**, **справедливость**, безопасность и уважение достоинства должны работать на всех этапах фармацевтического рынка.