

---

INTERNATIONAL SOCIETY FOR  
CLINICAL BIOETHICS (ISCB)

VIII CONFERENCE

**ADVANCED TECHNOLOGIES  
AND BIOETHICS**

RUSSIA, MOSCOW, SEPTEMBER 7-8, 2011

***COLLECTION OF  
ABSTRACTS***

---

МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО  
КЛИНИЧЕСКОЙ БИОЭТИКИ

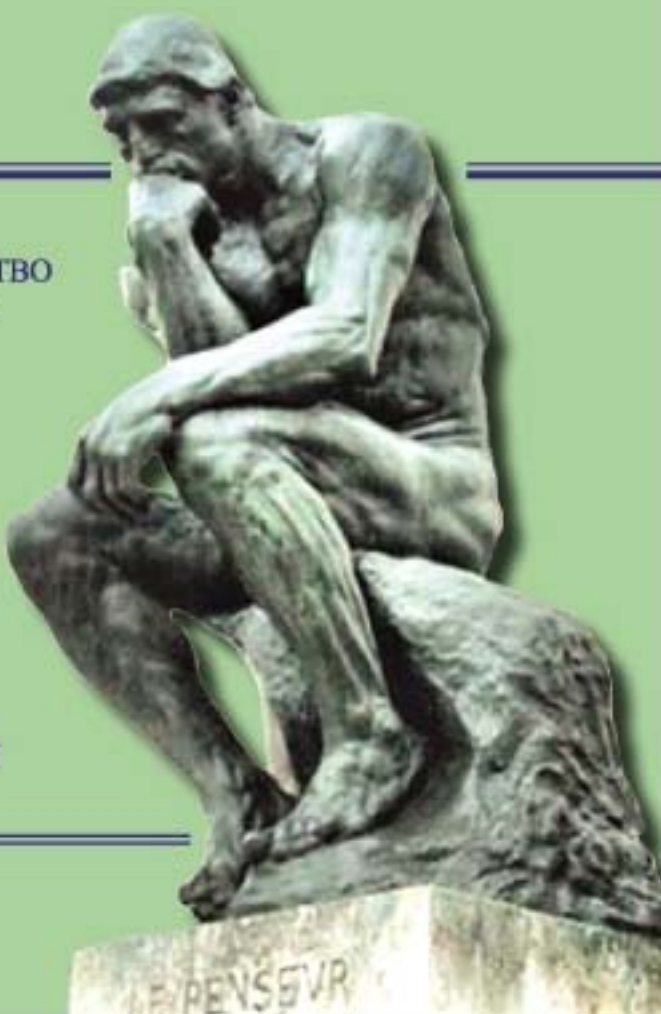
VIII КОНФЕРЕНЦИЯ

**ПЕРЕДОВЫЕ  
ТЕХНОЛОГИИ  
И БИОЭТИКА**

РОССИЯ, МОСКВА,  
7-8 СЕНТЯБРЯ 2011 г.

***СБОРНИК ТЕЗИСОВ***

---



INTERNATIONAL SOCIETY FOR CLINICAL BIOETHICS (ISCB)

VIII CONFERENCE

# **ADVANCED TECHNOLOGIES AND BIOETHICS**

RUSSIA, MOSCOW, SEPTEMBER 7–8, 2011

**COLLECTION OF ABSTRACTS**

МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО КЛИНИЧЕСКОЙ БИОЭТИКИ

VIII КОНФЕРЕНЦИЯ

# **ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И БИОЭТИКА**

РОССИЯ, МОСКВА, 7–8 СЕНТЯБРЯ 2011 г.

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

Издательство Московского гуманитарного университета

2011

Moscow University for the Humanities  
International Society for Clinical Bioethics  
Russian Committee on Bioethics under  
Commission of the Russian Federation for UNESCO  
UNESCO Moscow Office

Московский гуманитарный университет  
Международное общество клинической биоэтики (ISCB)  
Российский комитет по биоэтике при Комиссии Российской  
Федерации по делам ЮНЕСКО  
Московский офис ЮНЕСКО

**President:**

Prof. Boris Yudin, Moscow University for the Humanities, Russia

**International Organizing Committee:** Tsuyoshi Awaya (Japan);  
Motomu Shimoda (Japan); Gordana Pelčić (Croatia); Morana Brkljačić  
(Croatia); Michael Tai (Taiwan); Boris Yudin (Russia).

**Local Organizing Committee:** Boris Yudin; Igor Ilinskiy; Valery  
Lukov; Nikolay Zakharov; Boris Gaydin; Roman Belyaletdinov; Pavel  
Tishchenko; Larisa Kiyashchenko; Olga Popova.

*Издание подготовлено при поддержке гранта РГНФ  
«Биоэтическое обеспечение инновационного развития  
биомедицинских технологий» 10-03-00846а/Б.*

**Передовые технологии и биоэтика** : сб. тезисов VIII конференции  
Международного общества клинической биоэтики. Россия, Москва, 7–8  
сентября 2011 г. [Текст] ; **Advanced Technologies and Bioethics** :  
Collection of Abstracts / International Society for Clinical Bioethics (ISCB).  
VIII Conference. Russia, Moscow, September 7–8, 2011. [Text]. — М. : Изд-  
во Моск. гуманит. ун-та, 2011. — 44 с.

ISBN 978-5-98079-727-0

© ISCB, 2011

© Московский гуманитарный университет, 2011

---

*Tsuyoshi Awaya (Japan)*

### **Do We Humankind Need Androids?**

Nowadays, studies on artificial intelligence and robotics have been flourishing in many countries around the world. Of course, the convergent point of these studies is androids. Androids are humanoid robots which have human appearance.

Then, do we humankind really need androids? Although we might dream of doing wonderful things with androids, there are risks such as conquest by androids. What do we expect from androids? What are androids useful for? Will we let them do housework? Will we let them be sex partners? Though androids are complex machines, the idea on which the expectations are based is pretty simple.

Human beings invented the automobile, airplane, nuclear electric power generation and so forth. Human beings have not stopped these projects even though they are risky. We are already technology-addicted. That is, we have the “Technology Dependence Syndrome (TDS)”. Once androids appear, it will be difficult to stop them.

Now is the right time for serious discussions about the emergence of androids as a bioethics issue. First of all, we would need to be aware of that.

*Б. Г. Юдин (Россия)*

### **Отложенные уроки (исследования в Гватемале, 1946–1948 гг.)<sup>1</sup>**

В октябре 2010 г. властям США стало известно о том, что в период с 1946 по 1948 г. ими поддерживалось исследование в Гватемале, связанное с изучением болезней, передаваемых половым путем. В ходе этого исследования осуществлялось преднамеренное инфицирование испытуе-

---

<sup>1</sup> Доклад подготовлен при поддержке гранта РГНФ «Биоэтическое обеспечение инновационного развития биомедицинских технологий» 10-03-00846а/Б.

мых, принадлежавших к уязвимым популяциям (включая 9-летних сирот, а также военнослужащих, заключенных, проституток, людей с психическими расстройствами) сифилисом и другими венерическими заболеваниями. Всего в исследовании приняло участие около 1500 испытуемых.

Материалы этого исследования были обнаружены историком медицины проф. Сьюзен Ревербай<sup>2</sup> в архивах Питтсбургского университета. Цель исследования состояла в том, чтобы выяснить, может ли пенициллин, открытый незадолго до этого и бывший весьма дефицитным, предотвращать развитие сифилиса. Испытуемые, не подозревая того, инфицировались либо через порезы на коже либо вступая в половой контакт с ранее зараженными проститутками.

Позже, в 60-е гг. XX века, Катлер участвовал в получившем скандальную известность эксперименте в городе Таскеги (штат Алабама). После того, как стало известно о находке С. Ревербай, президент Б. Обама распорядился, чтобы Президентская комиссия по изучению биоэтических проблем провела тщательное расследование этого случая. Комиссии было предложено изучить существующие меры защиты участников исследований для определения того, насколько регулирующие документы федеральных органов США и международные стандарты обеспечивают должную охрану здоровья и благополучия участников научных исследований, поддерживаемых федеральным правительством. Президент Обама предписал Комиссии запросить мнение международных экспертов и проконсультироваться по этим вопросам с зарубежными коллегами.

В свою очередь, Комиссия созвала Международную рабочую группу, в которую вошли эксперты по биоэтике и клиническим исследованиям из десяти стран. В ходе своих консультаций рабочая группа должна была провести консультации по таким вопросам:

- а) каковы доминирующие нормы и конкурирующие альтернативы в этике медицинских исследований в различных регионах мира;
- б) имеются ли конфликты между нормами, действующими в США, и международными стандартами;

---

<sup>2</sup> S. Reverby “‘Normal Exposure’ and Inoculation Syphilis: A PHS ‘Tuskegee’ Doctor in Guatemala, 1946–48,” *Journal of Policy History* 23 (Winter 2011): 6–28.

в) с какими проблемами сталкиваются исследователи, проводящие международные исследования, финансируемые США;

г) каковы возможные стратегии учета различий в региональных нормах проведения медицинских исследований.

Международная рабочая группа провела три заседания, в ходе которых был выявлен ряд критически важных проблем, имеющих фундаментальное значение для обеспечения здоровья и благополучия участников исследований. К числу ключевых были отнесены такие проблемы, как информированное согласие, снижение риска, соотношение риска и пользы, участие изучаемой популяции и механизмы этической экспертизы. Эксперты согласились с тем, что сегодня важно не столько создание новых регулирующих норм, сколько гармонизация и четкая интерпретация уже существующих. Члены Рабочей группы пришли к выводу о том, что, учитывая рост количества и расширение проблематики международных исследований, обсуждение этических проблем, возникающих в связи с их проведением, следует продолжать и в будущем, для чего необходимо создание соответствующего форума.

*John Tuohy, Mary Spiering (USA)*

### **Using Clinical Advances for Behavioral Rehabilitation**

For patients with serious chronic disease, failure to comply with a medical regimen due to behavioral issues such as illicit drug use has generally meant the patient would not be treated. With technological advances, complex therapies might now be used as a bridge for these patients, buying them more time to engage in behavioral rehabilitation and get another chance. This presentation will address the question: To what extent should advances in clinical medicine intended to treat disease be used to bridge a patient to behavioral rehabilitation in order to allow a greater chance of success for further and more complicated clinical interventions? We will use a case involving a 37 y/o male with non-ischemic cardiomyopathy causing heart failure and a history of illicit drug use and failure to follow-up for cardiac care, not a candidate for transplant due to drug and non-compliance history. It is proposed he receive a ventricular assist device (VAD) as a bridge

to rehab and possibly a transplant. The case will be examined through the prism of the Providence model for clinical decision-making, unique in making the clinical integrity an ethical principal on par with autonomy, beneficence, etc, This discussion will examine such issues as the place of medical therapies as a bridge to behavior changes to facilitate further clinical interventions, behavior prognostication as a factor in clinical decisions, and the role of diminished burden in interventions through advances in technology in 'normalizing' clinical interventions, thus standardizing their use outside the traditional context of benefit.

*Г. Л. Микиртичан, О. И. Кубарь, О. К. Очкур (Россия)*

### **Некоторые этико-правовые аспекты паллиативной помощи в России**

В России паллиативная помощь умирающим и находящимся в критическом состоянии больным основывается на глубоких традициях русской религиозно-философской мысли, классической медицинской этики, принципах и правилах биоэтики и обширном практическом опыте медицины.

С конца XX столетия в России стала формироваться инфраструктура паллиативной помощи, достигнуты результаты в области создания нормативной и административной системы ее оказания. Позитивным является осознание значимости этико-правовой регуляции данной области медицинской деятельности, руководствуясь принципами уважения человека, признания ценности личности, необходимости защиты прав и свобод граждан. Одним из примеров является изменение преобладавшей тактики в области информирования пациента о возможном смертельном исходе от сокрытия до закрепления данной нормы как в российском законодательстве, так и в повседневной практике врача.

Законодательно закреплено право пациента на конфиденциальность, проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) ме-

дицинским вмешательством, а также на допуск к нему адвоката, священнослужителя.

Закон запрещает эвтаназию в России (ст. 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», 1993 г.). Однако в рамках дискурса биоэтики высказываются прямо противоположные мнения, отстаивая либо категорический запрет на эвтаназию, либо полную ее легализацию.

Для врачей, работающих в системе медицинской помощи умирающим, характерно развитие синдрома эмоционального (профессионального) выгорания. Об этом свидетельствуют опросы медицинских работников этой категории (*П. А. Антипин, 2006; Н. В. Эккерт, 2008* и др.).

Законодательные инициативы в области прав пациента, продолжающаяся работа по адаптации международных норм, руководств и административных форм оказания медицинской помощи в условиях «когда медицина бессильна», а также трансформации во внутригосударственное право положений, принятых международных деклараций и конвенций в данной сфере способствуют укреплению и дальнейшему развитию этико-правового института паллиативной медицины в РФ.

*Gordana Pelčić (Croatia)*

## **Children and Healthcare Decision Making**

Informed consent is fundamental principle in health care through the world. It secures the freedom, autonomy and dignity of each person. According to the Croatian laws the minors do not participate in the informed consent.

The children are right owners.

Information is the essential part of informed consent. According to the UN Convention of Rights of the Child, the children have “freedom to seek, receive an impart information and ideas of all kinds. (Article 13.) “We protect children dignity by including them in the process of decision making. Language and communication should be adapted to the each child. The information has to be of certain quality and quantity. The minimum informa-



tion should be provided to the children and to their parents. The information has to explain the purpose and the effect of particular procedure as well as the consequences of its rejection. We investigate the opinion of Croatian adolescent towards their role in health care decision making. We will present the part of research which was conducted in several cities in Croatia.

*И. В. Силуянова (Россия)*

### **Биоэтический нигилизм и биомедицинские технологии**

Биоэтический нигилизм — это умонастроение, отрицающее традиционные моральные ценности, исполняющие роль защиты жизни человечества как биологического вида. Во времена Ф. Ницше понятие «нигилизм» относилось к философским умозрительным теориям. В настоящее время оно характеризует устройство человеческой жизни, имплантируемое в практику человеческих отношений с помощью биомедицинских технологий. Это прежде всего относится к методам искусственного оплодотворения, генной инженерии, трансплантации, клонирования и т. д.

Искусственное оплодотворение или вспомогательные репродуктивные технологии неизбежно приводят к «передовым» способам размножения, вслед за которыми последовали разрушение традиционной для европейской культуры семьи и института брака, с легализацией гомосексуальных браков, неполных семей и прав на рождение детей лицами, не состоящими в браке.

Возможности генной инженерии формируют трансгуманистические проекты с тотально прагматическим отношением к человеку, блокируя его право на биологическое своеобразие и свободу.

Развитие трансплантации формирует в учреждениях здравоохранения практику организации смертеобеспечения пациентов-доноров.

Терапевтическое клонирование направлено на создание человеческих эмбрионов с целью использования их в качестве основы лекарственных препаратов. В Европе набирает силу тенденция легализации эвтаназии, как медикаментозной формы самоубийства. Обозначенные тенденции происходят на фоне практически повсеместного европей-

ского признания прав на искусственное прерывание беременности, явно вызывая демографический кризис европейской цивилизации. Возникают и попытки выработки новой этико-философской методологии, основанием которой является отрицание абсолютного значения библейского декалога для регулирования человеческих отношений со сверхзадачей сохранения жизни. Именно к этой тенденции относятся либеральные разновидности биоэтики, как форме оправдания и социализации новых биомедицинских технологий вне контекста общепринятых моральных норм. Тем не менее, культурно-историческое предназначение биоэтики заключается в защите человеческой жизни от крайних претензий на преобразование и изменение природно-биологической сущности человека и морально-этических оснований социальных отношений на основе выверенных опытом традиционных ценностей и принципов культуры.

*Motomu Shimoda (Japan)*

### **Philosophical Implication of Advanced Medical Engineering**

Advanced medical engineering involves the application of such technologies as biotechnology, gene technology, information technology, neurotechnology, and robotics to medical practice. Not only the scientific validity but also the bioethical and socio-economical aspects of those technologies should be reviewed before clinical research.

As examples of advanced medical engineering, regenerative medicine (tissue engineering), brain machine interface (deep brain stimulation) and robot with artificial intelligence are mentioned. Based on the examination of those technologies, I will consider their philosophical implication by focusing on the tendency of reducing human functions and abilities to material activities and manipulating them.

*Т. В. Мишаткина, И. П. Меркулова, Т. В. Глинкина (Белоруссия)*

## **Новые образовательные технологии в преподавании биоэтики**

Неотъемлемой частью процесса гуманизации медицинского и биологического образования является использование в учебном процессе методов и средств, выступающих альтернативами экспериментам на животных. В первую очередь, это обучающие компьютерные программы и манекены, разработанные на основе современных технологий.

В МГЭУ им. А. Д. Сахарова при подготовке студентов по специальностям «Экологическая медицина» и «Медико-биологическое дело» проведена междисциплинарная интеграция преподавания теоретического курса «Биоэтика» со специальными дисциплинами медико-биологического профиля. В области внедрения гуманных альтернатив университетом подписан договор о сотрудничестве с Международным обществом за гуманное образование (InerNICHE) и Российским центром защиты прав животных «Вита».

Особое внимание уделяется вопросам прикладной биоэтики и реализации принципа гуманного обучения в базовом медицинском курсе «Патологическая физиология». Эксперименты на лабораторных животных полностью заменены демонстрацией учебно-научных видеофильмов, на практических занятиях обсуждаются этические принципы биомедицинских экспериментов на животных, клинических испытаний. Совместно со студенческим научным обществом EcoUni разработан и внедрен факультативный спецкурс «Гуманные альтернативы экспериментам на животных», его основная цель — приобретение навыков работы с англоязычными компьютерными обучающими программами по моделированию различных физиологических и патологических процессов у лабораторных животных в виртуальных лабораториях.

К сожалению, внедрение гуманных альтернатив экспериментам на животных в учебный процесс не стало образовательным стандартом в Беларуси, что связано, в первую очередь, с малочисленностью русскоязычных и русифицированных версий биомедицинских компьютерных обучающих программ и видеофильмов, а также высокой стоимостью импортных манекенов и муляжей.

*Seiichi Morimoto (Japan)*

### **An Ethics Education Model for Healthcare Providers**

Healthcare providers face various moral dilemmas or ethical conflicts in the hospital. To these difficulties most of them try to do their best according to their conscience or intuition. Indeed it sometimes tells us good answer to the problems, but sometimes not. So they are always distressed by moral dilemmas. They know well about law that regulates them, but it does not match with the actual complex situations so often. Thus they want ethical standard, principle, or guideline.

Although several universities such as The University of Tokyo, Kumamoto University, and Miyazaki University offer clinical ethics courses for healthcare providers, they are still problematic. For firstly quite limited number of applicants can be accepted in the courses; and secondly some courses focus on potential ethics committee members, not healthcare providers in general. So there are few opportunities for healthcare providers to learn ethics. To be widely implemented the existing courses have to be sophisticated and standardized. Thus I suggest an ethics education model for healthcare providers whose characteristics consist in workshop style, volunteer-run staffs, and program putting weight on communication skill training.

*Suzana Vuletić (Croatia)*

### **Physician Today — Ethical Aspects of Working in Health Care System Today**

Different motivation and bioethical predisposition, needed for the individuals who are in the field of medical branch, require different bioethical value attitude for future occupation and professional relation. Well equilibrated motivation, ethical-character disposition and physician's moral development, are strong predictor of clinical work quality.

Intrinsic ethics and morality, which is immanent and proper quality to biomedicine, could be distorted if looked upon as formal-professional; carismatic-occupational or managerial; but at the same time, it can be improved,

if it is experienced and applied as a profession/vocation, inspired with altruistic philanthropy.

In the context of the contemporary society and its culture, modern science and medical competence are exposed to the strong temptation of neglecting ethical dimensions in the research. Scientists can easily be tempted to become manipulation progenitors of life and death. In front of this kind of challenges, the physician's responsibility has increased and left upon their deeper inspiration and stronger support in internal and interchangeable ethical dimension of health care profession.

In cases when in the society, and especially in medicine, materialism, individualism and utilitarianism become predominant socio-psychological force; a human being and his life are becoming an object. Such approach is obviously incompatible with intrinsic ethics of health care.

In order to overcome those professional pathologies of reductionist understanding of the occupation, according to the principle of ensuring only some ethical minimum of contractualistic relation, a strong bioethical motivation should always be above all individual value criteria of health-care professionals and directed to holistic and integrative care of patients.

The basic goal of this exposure is to offer specific appeal on the conscious and humanism to all health care professionals', and to serve as an initiative on bioethical education, with the intention that the medicine remains faithful to her traditional charism as an *ars sacra*.

*М. Э. Гурyleва (Россия)*

### **Умиравший больной**

Актуальность проблемы помощи умирающим обусловлена как большим числом инкурабельных больных, так и соматической и психологической тяжестью их состояния. В условиях запрета эвтаназии достойной альтернативой становится создание службы паллиативной помощи, необходимость создания и развития которой базируется на гуманистических принципах и реализации права человека на «смерть с достоинством».

Философия хосписа основана на убеждении, что благодаря персональному уходу и заботе окружающих пациенты и их близкие могут

наиболее полно прожить последний период жизни больного, подготовиться к смерти, достойно ее встретить. Задача хосписа — борьба не за количество, а за качество жизни пациента. По оценке специалистов от 2/3 до 3/4 больных со злокачественными новообразованиями в России нуждающихся в паллиативном лечении, не госпитализируются или не получают необходимой паллиативной помощи, дефицит коек оценивается в разы (11–17 раз меньше, чем необходимо для обеспечения потребностей населения согласно расчетов ВОЗ). В стране функционирует 22 хосписа и 21 дом сестринского ухода, в 119 больницах имеются койки для паллиативной помощи, в тоже время существуют целые регионы, где подобная служба отсутствует. Наиболее хорошо сеть учреждений для умирающих больных развита в Центральном и Северо-Западном округе: известен положительный опыт работы Московского, Лахтинского (СПб.), Волоградского хосписов. В ближайшие годы планируется развитие сети учреждений во всей стране для оказания паллиативной помощи, в том числе создание «Патронажной службы» при амбулаторно-поликлинических учреждениях, функции которой должны включать наблюдение и оказание паллиативной помощи на дому, что нашло отражение в проекте «Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г.».

Реализация данной концепции послужит существенному улучшению качества медицинской и медико-социальной помощи населения.

*Mima Tatsuya (Japan)*

### **Re-thinking the First Euthanasia Case in Japan, 1950**

Ethical, legal and social aspects about the end of human life are widely discussed nowadays as the problems of euthanasia or death with dignity.

The first court decision on euthanasia in Japan recorded in the medical and legal textbooks is known as “Sung Kil-sun case” (1950), in which Sung Kil-sun poisoned his mother to death. The defense counsel insisted his homicide as the lawful euthanasia. However, the judge disagreed with that interpretation and sentenced the defendant to the murder by contract with his

mother. Although he was found guilty and given a suspended sentence of 2 years.

He was born in colonial Korea in 1915 and moved to Tokyo, Japan in 1936. His mother living in Korea developed a stroke and became physically handicapped in 1937. Thus, she with her husband moved to her son's house in Tokyo in 1942. After the end of the Asia-Pacific war, her husband repatriated to Korea alone without her. Soon after that, her sickness got worsened and became bed-ridden.

On 31st, May 1949, a person from Korea told them that his father was living poorly and cannot come for her. Then, she became greatly disappointed and asked her son to kill her. He poisoned her to death as the last filial duty ("Ko-yo").

By taking notice of these social and political contexts of desperate death, we may understand that the problem of euthanasia is not a matter of medico-legal problem-solving but an ethical question imposed to us all.

*Anamarija Gjuran-Coha (Croatia)*

### **Different Ways of Communication — Sign Language**

Communication is an exchange of information, ideas and feelings, using verbal and non verbal means. People communicate in different ways and levels. Different means of communication include speech, writing, gestures. Communication competence is the main condition for a successful communication. However, some diseases diminish communication competence. For example, impaired hearing or inability to speak completely exclude persons from communication. Sign language is one of the ways of communication consisting of hand and body movements, facial expressions, hand alphabet and signs. It is used by deaf persons. There is a common belief that there is one universal sign language, a kind of „sign esperanto“ but it is not the case. In the paper we will discuss different ways of communication with a special regard to the sign language.

*Naoki Morishita (Japan)*

**“Transformation of Family” and Medical Ethics —  
Host Mother Birth as a Test Case**

The family is always one of the most important focuses in medical ethics. That is the case of the Revised Organ Transplant Law, which was approved 2009, for example. Since the first half of 1980s, the form and function of Japanese family has deeply transformed, and many people daily feel that transformation of family. However, the transformation does not seem to have been appropriately reflected to medical practices, medical educations, or medical policies. As a result, there are much of miscommunications, troubles or confusions among patients, medical practitioners and ordinary people. Therefore, an urgent task for medical ethics as well as Japanese public ethics in general is to confront the transformation of family and make more flexible ethical framework corresponding ongoing realities. In this presentation, firstly, (1) a certain tendency is taken out of many family-related statistics, (2) such a tendency is compared with the case of “host mother birth,” and (3) several problems contained within the case are critically examined. Secondly, (4) standing on the reality of non-existence of any family standard model including “ie” or “nuclear family,” (5) a possible destination of intimate relationship and society is philosophically prospected.

*Ana Volaric Mrsic (Croatia)*

**A Physician Faced with a Choice: Costs or Benefit? Ethical Aspects**

Faced with numerous legal, economic and technical issues when bringing a decision, a doctor might feel more as an object than as a subject of thinking, so he is reluctant to give his discerning opinion, which is not only an expression of the heart but of his profession as well. The pressure on the doctors to measure costs and effects of their treatments, both in diagnostic and therapeutic purposes, is growing up. It is especially important to predict the proportion of costs and effectiveness so that a doctor would decide which treatments are more cost-effective and which may be regarded as a



waster of money and materials. Naturally, a doctor has always been faced with this kind of decision-making, but nowadays these decisions are even more difficult because the technological possibilities are much greater and of wider range, which directly affects the height of the costs which are in question. We are facing the problem created by modern medicine, i.e. the necessity of following some general rules with the aim of optimization of medical treatments, and at the same time it should be taken into account to achieve the highest possible level of ethical standard. This ethical standard would guarantee the democratic right to protect the interests and to regulate them legally — for all the citizens.

*Takeshi Kuramochi (Japan)*

**An Approach to bioethics of Victims;  
a portrait of a SAMURAI in Fukushima**

"Eastern Japan Great Earthquake Disaster" (東日本大震災 *Higashi Nihon Daishinsai*), a 9 magnitude earthquake and over 10m high tsunami followed by Fukushima nuclear disaster on 11 March 2011 engendered over 15,243 dead, over 5,363 injured, over 8,343 people missing, 100,527 refugees across eighteen prefectures, and shortages of food, water, shelter, medicine and fuel for survivors.

As a Japanese, I think I am liable to say something ethical or bio-ethical on the disaster at this meeting. So I profile an ordinary man in Haramachi, Minami Soma city, Fukushima prefecture, named Teibo Fuji whom I found through his weblog "MONODIALOGOS."

He lives with his wife suffered from dementia in Minami Soma city. It lies within 30km radius from Fukushima nuclear power plant and is set by the Government of Japan as "Don't get out home" zone and later as "voluntarily evacuate" zone due to difficulties in obtaining daily necessities and the possibility of further radiation leaks.

He does not evacuate into so-called safety zone, but goes on living there with his wife and sending the weblog. I'd like to introduce his personality like the old Japanese Samurai to you.

*М. С. Абдуллаходжаева, З. Х. Алланазарова (Узбекистан)*

### **Биоэтика в Узбекистане**

В 2006 г. Национальным этическим комитетом Республики Узбекистан принят важнейший документ — этический кодекс врача-исследователя Узбекистана.

Этот документ регламентирует моральное отношение врача к больному и к его родственникам в повседневной лечебной практике, во время научных, клинических исследований. Он акцентирует внимание на многих проблемах, возникших в связи с воплощением в жизнь — трансплантологии, пересадки стволовых клеток, генной инженерии и многих других достижений биологии и медицины. Кодекс стал основой для дальнейшей работы в аспекте правового регулирования основ биоэтики в Узбекистане.

Большое внимание уделяется образованию по биоэтике. В связи с указанием Кабинета Министров Республики Узбекистан готовятся программы по биоэтике для магистров и докторантов медицинских вузов, в подготовке которых участвуют члены НЭК и преподаватели медицинских вузов в тесном сотрудничестве с образовательной программой ЮНЕСКО ЕЕР.

Налажена тесная связь с ЮНЕСКО, которая позволит шире внедрять в вузы образовательную программу ЮНЕСКО ЕЕР.

В Узбекистане создана Ассоциация биоэтики, куда вошли крупные ученые в области медицины, биологии, философии, юриспруденции, сельского хозяйства, животноводства, преподаватели биоэтики. Задачами Ассоциации являются:

1) анализ законодательства Республики Узбекистан на его соответствие биоэтическим принципам;

2) внедрение в жизнь положений о защите прав и достоинств человека в связи с использованием достижений в биологии и медицине и Всеобщей Декларации о Биоэтике и Правах человека, принятой ЮНЕСКО 19 октября 2005 г.;

3) разработка и внесение предложений и изменений в виде новых законов и дополнений к уже существующим законам по правам паци-

ентов как субъектов проведения научных исследований, по воздействию науки на жизнь и генетический характер животных и растений, по защите окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.

Итак, в перспективе развития биомедицинской этики в Узбекистане планируется:

— введение курса биоэтики для студентов бакалавриатуры, магистров и докторантов медицинских вузов;

— создание информационного центра по биоэтике при Республиканском патологоанатомическом центре;

— внедрение новых форм развития биоэтики;

— расширение сотрудничества в области биоэтики не только со странами СНГ, Европы, но и Азии (Иран, Афганистан, Пакистан).

*Erick R. Valdes (USA)*

### **The Problem of Principlism**

Appearing in 1979, Beauchamp and Childress' principles of biomedical ethics quickly became valued theoretical guides to deliberation on complex moral problems arising in the scientific and medical fields. Their main objective was to regulate medical and scientific practices, not merely through common sense or interdisciplinary dialogue, but through the creation of a plausible dialogical structure under which all rational and reasonable individuals could share a universal morality.

As principles are a framework of general character and moral problems are always of a particular nature, the two can collide in practice, especially when they are applied to particularly conflicting and complex scenarios. Thereby, those applying "the principles," in specific cases have encountered serious difficulties since there is no a plausible criterion for ranking them in practice. This situation which I have called here "the problem of principlism" has been the target of several important criticisms. The epistemological and methodological value of principles is in question.

This paper recommends that "the principles" acquire a more binding status and stop being mere advice to individual consciousness. This recommendation is based not only on legal considerations but, above all, on a re-

definition of the theoretical basis of principlism and its application procedure. Such redefinition must avoid the contradiction of principles because this paralyzes and relativizes deliberation which finally depends on casuistic considerations or particular inclinations, and it also could imply a breakthrough for bioethical deliberation around sensitive issues raised in the heart of science and medicine.

*В. В. Власов, Л. Е. Зиганшина (Россия)*

### **Конфликт интересов при принятии решений в здравоохранении и пути его преодоления**

Привлечение внимания к конфликту интересов (КИ) врачей, непосредственно оказывающих помощь, в 2010 г и попытки наложить ограничения на врачей в новом законодательстве о здравоохранении оставили в тени вопрос о КИ у организаторов здравоохранения, государственных служащих и экспертов, не оказывающих медицинскую помощь. Если КИ у первых двух категорий может рассматриваться преимущественно как прямое нарушение правил государственной службы, то у последних он неизбежен по определению «эксперта», привлекаемого не только руководителями здравоохранения, но и индустрией.

В то время как врач способен повлиять на расходы пациента или больницы применительно к отдельному пациенту, эксперт способен повлиять на крайне значительные расходы всей системы здравоохранения. Среди экспертов, привлекаемых руководством здравоохранения России к принятию решений большинство имеют явный КИ вплоть до того, что владеют фармацевтическим производством препаратов, в отношении использования которых они подают экспертную помощь.

Для того, чтобы сделать систему принятия решений в отношении здравоохранения эффективной и справедливой, необходимо создать правила, позволяющие:

- исключить из числа экспертов лиц с выраженным КИ;
- ограничить участие в принятии решений экспертов с более чем минимальным КИ.

Последние эксперты должны быть исключены из принятия решений в отношении препаратов (приборов, устройств), в отношении которых у них есть КИ.

*П. Д. Тищенко (Россия)*

### **Биотехнологии: проблема социально распределенного производства знаний, экспертизы и ответственности<sup>3</sup>**

Биотехнологии представляют собой современную форму социально распределённого производства знания, экспертизы качества результатов и последствий их практического применения, а так же ответственности и подотчётности. Термин биотехнологии мной понимается широко, включая биологические и биомедицинские технологии [Тищенко П. Д., 2001]. Представление о социально распределённом производстве знания, экспертизе и ответственности заимствуется из концепции Второго типа производства знания (далее Т2), сформулированной М. Гиббонсом и соавт. [Michael Gibbons et al. 1994]. Т2 качественно отличается от Первого типа производства знания (Т1) характерного для классической монодисциплинарно организованной науки. В классической науке знание производится, оценивается и нормативно регулируется за счёт внутринаучных традиционных познавательных процедур, оценивается стандартами реер review, регулируется, в идеале, научным этосом мертоновского типа. Из науки знания (получив внутринаучную оценку качества и этической приемлемости) транслируются в общество в уже более или менее готовом виде, превращаясь из фундаментальных в прикладные.

Для биотехнологий как Т2, характерно то обстоятельство, что знание производится, оценивается с точки зрения качества и моральной приемлемости не только в науке, но и во всей сложно организованной социальной сети, воспринимающей научные идеи, накапливающей,

---

<sup>3</sup> Доклад подготовлен при поддержке гранта РГНФ «Биоэтическое обеспечение инновационного развития биомедицинских технологий» 10-03-00846а/Б.

распространяющей, применяющей их, обеспечивающей расширенное воспроизводство производителей (сети образовательных учреждений), осуществляющей общественно-политическое обеспечение инноваций в данной области. В этой сети особое место занимают структурные взаимодействия наука — бизнес, наука — правительство, бизнес — правительство, наука — образование, бизнес — образование, правительство — образование, наука — общественное мнение, бизнес — общественное мнение, правительство — общественное мнение. В основе формирования подобного рода социальной сети производства знаний, их экспертизы, ответственности и подотчётности лежит процесс взаимной диффузии идей, практик и регулятивов в среде между прикладным и фундаментальным знанием [Киященко Л. П., 2008].

Каждый из социальных агентов, участвующих в этом процессе, производит своё собственное специфическое знание, использует свои стандарты качества знаний и нормы моральной ответственности или корпоративной подотчётности. Всё это позволяет, с одной стороны, более эффективно выполнять именно его функции, а с другой — более успешно включаться в кооперацию с другими агентами.

Практически значимые проблемы являются специфическими центрами, связывающими в эффективно действующий ансамбль разнородных социальных субъектов производства и экспертизы знаний в биотехнологиях. Само знание рассматривается в виде сложно организованной системы. Оно интерпретируется в оппозициях: а) знания, понимания и умения; б) мудрости, рационального знания и информации; в) знания явного и неявного (личностного); г) индивидуального и коллективного.

Понимание сложной организации структуры производства знаний (которые сами имеют сложную организацию), экспертизы качества, моральной ответственности и корпоративной подотчётности является залогом успешного инновационного развития данной области.

### **Concept of Person in Modern Bioethical Debate**

The concept and definition of person is objectionable or uneven in different disciplines and scientific fields, which is especially prominent in contemporary bioethics.

A person, as comprehend by Representatives of lay bioethics, especially Egelhardt and Singer, ignores an important component of personality that stand out and protects Christian theology and personality anthropology, and it is man's spiritual dimension.

In the dominant desire for control and improvement of man and the world, these lay representatives of bioethical thought, attach the value and dignity of human life only if a person is psycho-physically healthy. The same talk of "gradient" personality if they believe that human beings in embryonic stage of life, mentally ill or people in coma may not be endowed with personality, because personality is conditioned only by self-awareness and rationality. One becomes a person through life by its acts and acquired personality is easily lost, it is enough to fall ill or to fall asleep.

In contrast, the Christian personalism, especially the recent encyclical (EV and CA) are in accordance with the requirements of the time but always on the line of thinking of renowned philosophers and theologians like St. Tome, speaks of an unconditional and objective value and dignity of man arising from his createdness in the image of God and calls upon us to become like God.

Man is called into a life that is also given to him with that goal and he achieves it through freedom, responsibility and relationship with others. In the community, man shapes his own personality, which is not dependent on age, nor the psycho-physical givens or abilities, and even less is lost or reduced while in uterus or in while sleeping.

## **Трансдисциплинарные технологии и биоэтика**

В ряде работ автора была выдвинута концепция транснауки как новой стадии развития научного знания в эпоху трансдисциплинарности<sup>4</sup>. В основе феномена транснауки лежит единство нового типа эмпирического базиса, основанного на расширенной научно обработанной сенсорности, и новый тип теоретического знания, включающий в себя элементы метафизического знания, представленного средствами современного постнеклассического теоретизирования. С этой точки зрения были даны интерпретации биоэтики как возможного транснаучного знания<sup>5</sup>. Как и обычная наука, транснаука способна порождать собственные технологии, которые условно можно обозначить термином «трансдисциплинарные технологии» («транстехнологии»). Активно развивающиеся сегодня новые технологии (нано-, био-, инфо- и когно-технологии) и наметившаяся линия их NBIC-конвергенции содержат в себе элементы транстехнологического развития. Можно предполагать, что в дальнейшем подобная тенденция будет лишь укрепляться. В связи с этим возможен новый этап развития биоэтического знания и опыта, выявляющий существенно трансдисциплинарные измерения биоэтического типа рациональности. В докладе делается попытка проанализировать феномен транстехнологий, очертить границы их определения и показать возможные направления будущей эволюции биоэтики в связи с развитием философии трансдисциплинарности и трансдисциплинарных технологий.

---

<sup>4</sup> Моисеев В. И. Медицина как транснаука // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 4: Фундаментальное и прикладное : Сборник. М. : Изд-во «Принтберри», 2010. С. 5–7.

<sup>5</sup> Моисеев В. И. Ценностные онтологии этики и биомедицины: опыт трансдисциплинарной реконструкции // Философские науки. 2010. № 12. М. : Гуманитарий, 2010. — С. 75–83.



*Shigeru Mushiaki (Japan)*

### **Issues in Roboethics**

I consider some ethical issues which advanced robotic technology and human-robot interaction could bring about. Some of the concerns are „anthropomorphism,“ i.e. the attribution of human characteristics or feelings to robots, and the resulting affective attachment to them, which Ronald C. Arkin, researcher of artificial intelligence, called „bonding“ at the 1st International Symposium on Roboethics in San Remo, Italy (2004). I criticize speculative arguments based on „visions,“ which would only lead to futile antinomies, and propose the framework in which fruitful discussions concerning the governance of robotic technology could be conducted.

*Е. Г. Гребенщикова (Россия)*

### **Трансдисциплинарные измерения биотехнологических инноваций<sup>6</sup>**

В ряду современных биоэтических проблем особое место занимают напряженные дискуссии относительно форсировано развивающихся и обещающих почти революционные изменения передовых технологий, и в частности биотехнологий. При этом в упомянутой полемике можно (условно) разграничить два взаимосвязанных проблемных поля: первое из которых фокусируется на этических дилеммах, возникающих непосредственно во врачебной практике (например, генетический скрининг, пресимптоматическое тестирование), а второе имеет ярко выраженный прогностический вектор, поскольку с развитием инновационных технологий связываются перспективные тренды движения к постчеловеческому будущему (Ф. Фукуяма, С. С. Хоружий и др.). В числе последних наибольшее внимание исследователей привлекают конвергентные технологии, открывающие как беспрецедентные возможности получения новых знаний и развития медицины, так и таящие

---

<sup>6</sup> Материал подготовлен при поддержке гранта Совета по грантам Президента РФ МК-5934.2010.6

риски переконфигурации социальных, политических, антропологических и культурных оснований общества. По мнению Дж. Хашфа, трансформативный потенциал конвергентных технологий и новые координаты этико-антропологических измерений вмешательства в природу человека и эволюцию всего человечества определили формирование нового проблемного поля, определяемого им как «Стадия 2». Вторая стадия биоэтических дискуссий стала способом адекватного ответа не только на переход медицины от *restitutio ad integrum* к *transformatio ad optimum*, ориентирующийся на возможности улучшения (*improvement*) и расширения (*enhancement*) индивида, но и на комплексный характер возможных эффектов технологического развития. В таком контексте биоэтические дискуссии оказываются одной из сторон формирующейся трансдисциплинарной области оценки и прогнозирования развития инноватики, нацеленной на объединение естественных, социогуманитарных и технических дисциплин с когнитивными ресурсами сферы, выходящей за границы науки. Общим знаменателем трансдисциплинарных стратегий, определяющих взаимоотношения науки, инноватики и общества, становятся, таким образом, совещательные подходы, механизмы публичного участия и соответствующие социогуманитарные технологии, ориентированные на установки превентивной предосторожности, «ответственности перед будущим» и гуманитарной экспертизы (Б. Г. Юдин).

*Katsunori Kai (Japan)*

### **Legal and Ethical Issues of Neuroscience**

In Japan, we are now discussing neuroethics, but have not yet argued on neurolaw in earnest. Right from the beginning, neuroethics in itself is a very new field, which has begun in 2002 in the world. And also neurolaw is a newer field and concept of law, so we are now discussing the problem of free will, the criminal responsibility, and the problem of the limit of intervention into human brain in the field of human experimentation or enhancement as much as possible. In the field of Bioethics, however, we have accumulations of arguments on neuroethics in bioethics in Japan. Therefore in

this presentation I must start to follow the situations of arguments on neuroethics in Japan, and then advance toward legal issues in the field of neuroscience in Japan, and lastly consider the way to legal regulation.

*Ф. Т. Нежметдинова (Россия)*

### **Конвергенция НБИК-технологий в зеркале биоэтики**

В настоящее время мы являемся современниками глобальных проблем, требующих безотлагательного решения, если мы говорим о будущем человечества. Мы становимся очевидцами или непосредственными участниками прорывных научных достижений, позволяющих менять фундаментальные основы бытия — на уровне живой и искусственной материи, а то и их синтеза. В 2002 году был опубликован известный Отчёт о конвергентных технологиях НБИК (NBIC: N — нано, B — био, I — инфо и C — когно). Известный российский ученый, директор Курчатовского института Михаил Ковальчук в отличие от сугубо технологичных решений прогноза будущего развития НБИК технологий, включает в этот процесс гуманитарные науки[1]. Это порождает неоднозначные сценарии развития будущего человечества и новые моральные декалоги[2, 3].

Рассматривая место и роль биоэтики в условиях глобальных изменений, очевидным становится ее социально-регулятивный статус, призванный предотвратить негативные последствия, не допустить того, что может оказаться необратимым результатом техновласти. Говоря о структурно-функциональной характеристике биоэтики, можно предложить, ее разделение на теоретическую, практическую и клиническую части. Теоретическая часть включает в себя философскую синергию и интердисциплинарность, практическая связана с ее отражением в различных сферах деятельности (например, медицинская, агробιοэтика, нанобиоэтика, научная, спортивная), клиническая это прецедентная или кейс-биоэтика.

Биоэтика становится наиболее востребованной в форме практики принятия решений, в силу своей аксиологической загруженности и имеющегося опыта (метод «опережающего переживания»). В этом

смысле её предназначение не алармистские побуждения, а пропедевтика и диалог, поиск компромиссов полипрофессионального, научного и бизнес-сообщества.

*Silvana Karačić (Croatia), Elena Shataeva (Russia)*

### **Bioethical Problems of Improvement of Rehabilitation Industry / Биоэтические проблемы развития реабилитационной индустрии**

Prosthetic — orthopedic help is one of the rehabilitation services. The existence of this market is big amongst industrial companies, who are producing prosthetic products and information for orthopedic help — led to the continuation of standards.

Standards are needed for the improvement within every industry, as long as they allow the transition from production of individual products to series and mass production.

However, specific industrial methods (with the main goal to achieve economical goods), stand against the basic principle of prosthetic — orthopedic help with regards to individual work.

The search for an optimal decision for a concrete person is not one of the main priorities within modern prosthetic — orthopedic help. It is necessary to interpret the person's precise situation on the bases of standards. The person has not become a complete human being, but a collection of elements; arms, legs, spine, and so on.

Одним из видов реабилитационных услуг является протезно-ортопедическая помощь. Появление на данном рынке крупных промышленных компаний, производящих комплектующие и изделия для оказания протезно-ортопедической помощи, привело к возникновению стандартов.

Наличие стандартов — необходимое условие для развития любой индустрии, так как обеспечивается ее переход от производства штучных (индивидуальных) изделий к серийному и массовому производству.

Однако именно индустриальный подход (его основная цель — экономическая выгода) противоречит основному принципу оказания протезно-ортопедической помощи — индивидуальному подходу.

Определяющим при оказании современной протезно-ортопедической помощи становится не поиск оптимального решения для конкретного человека, а необходимость интерпретировать его конкретную ситуацию в рамках существующих стандартов. Человек рассматривается уже не как единое целое, а как набор элементов: руки, ноги, позвоночник и т. д.

*Р. Р. Белялетдинов (Россия)*

### **Проблема непредсказуемости рисков в этике новых технологий<sup>7</sup>**

Этика новых технологий, в частности этика нанотехнологий представляет из себя набор принципов, призванных защитить человека и окружающую среду от негативного воздействия и нерационального использования непроверенных технологий. Вместе с тем, одна из важнейших черт этики новых технологий состоит в том, чтобы не оказывать сдерживающего влияние на развитие науки, в связи с чем поиск компромиссов, допускающих риски в обмен на возможные блага, является одним из свойств этического регулирования развития передовых направлений науки. Однако в настоящий момент новые технологии, в частности нанотехнологии и биотехнологии, создают особый вид рисков, влияние которых невозможно оценить с достоверностью. В связи с этим этика новых технологий все больше нуждается с одной стороны — в притоке новой информации, расширяющей возможности прогнозирования рисков, а с другой — в осознанном принятии фактора непредсказуемости риска как существенного условия развития новых технологий.

---

<sup>7</sup> Доклад подготовлен при поддержке гранта РГНФ «Биоэтическое обеспечение инновационного развития биомедицинских технологий» 10-03-00846а/Б.

*Olga Popova (Russia)*

### **Ethical Aspects of the Impact on the Human Body in Relation to Medical Technology Development: the Cultural context**

In the modern world the intensive development and application of the new medical technologies is not only a new stage of the science advancement, but first of all an axiological and ethical turn.

A technology can become not only the means of the social problems solution but also be a political and also economic instrument. Because of this the problem of ethical and legal regulation of the technology application becomes more relevant. Serious consequences of the unjustified application of new technologies are the design and construction of new society types on basis of the human nature change. Human body transformation in a result of the medical manipulations contains a danger of the human body construction with the predetermined features, which depend on the cultural needs. Human body is simultaneously a personal and social phenomenon. Therefore the conflict between the autonomous power of the person over body and social policy in relation to a body is extremely acute.

The ethical demand of the inadmissibility of a person usage as a means, ethical principle of the informed consent, the equality principle in the context of intensive uncontrolled technology development in the context of the intensive development of market relations become more and more vulnerable. In this connection there is need for a clearer definition of somatic human rights, its gender rights, etc.

*В. В. Яковлев (Россия)*

### **О необходимости этических комитетов в российских лечебных учреждениях**

Впервые в мире принципы работы этических комитетов (ЭК) были закреплены в Нюрнбергском кодексе 1947 г.

Впервые в России законодательная попытка организации ЭК относится к 1993 г. в ст. 16 Основ законодательства РФ об охране здоро-

вья граждан, постепенно теряя по частям юридическую силу. В н. в. не существует нормативной базы для создания и функционирования ЭК в ЛПУ (исключение — клинические испытания лекарственных средств).

Несмотря на это досудебное разрешение споров в медицине явно необходимо: деятельность врача предполагает возникновение спорных ситуаций. Хорошей альтернативой бездушной машине правосудия как безотрадно, страдальчески описывает ее Франц Кафка<sup>8</sup>, могут стать больничные ЭК, состоящие из медиков-коллег, правоохранителей и заинтересованных представителей общественности. Неслучайно кодекс Американской Медицинской Ассоциации констатирует, что именно врачи призваны добиваться и формировать коллективные, профессиональные представления о должном и запретном в медицине.

ЭК должны обладать 2 функциями: 1) быть голосом сословия, судом чести, 2) быть формой обеспечения социального доверия к медицине. Создание этических комитетов приведет к установлению моральной доминанты при принятии решения. Такая моральная доминанта может иметь реальное значение для пациентов, для правильных решений сложных ситуаций медицинской практики.

Деятельность больничных этических комитетов по медицинской этике должна быть закреплена в новом федеральном законе «Об охране здоровья граждан в РФ».

*Т. А. Сидорова (Россия)*

### **Моральный конфликт в биоэтическом казусе**

Под биоэтическим казусом будем понимать проблемную с моральной точки зрения ситуацию, встречающуюся в биомедицине (в клинической практике, в сфере исследований, в организации здравоохранения, в системе охраны здоровья и т. д.). Моральный конфликт фиксирует несоответствие, иногда несоизмеримость, ценностей, норм, стратегий морального поведения, жизненных программ и т. д. Конфликт формирует биоэтический казус, приобретая публичный харак-

---

<sup>8</sup> Франц Кафка. Процесс. М., 1991.

тер. В деонтологическом проекте, т. е. в рамках медицинской этики, возникающие противоречия не вырастают до конфликта в том значении, которое открывается с позиции биоэтики. Конфликт, не выходя за стены медучреждения, протекает в одномерной плоскости, в которой совпадают цели врачебного действия и цели пациента. Моральный конфликт в биоэтическом казусе выражает противоречие между субъектами морального выбора, вовлеченными в проблемную ситуацию. Субъекты различаются по степени общности (пациент/ассоциация пациентов по заболеванию; врач/медицинское сообщество; общественные группы/общество в целом и т. п.), по целям, ценностям, по степени информированности, по способам выражения интересов. Субъекты морального выбора являются носителями определенных нравственных устоев, представлений, предпочтительных способов заявить о своем выборе. Моральный конфликт в биоэтическом казусе становится многомерным с неопределенным выходом, поэтому здесь потенциально присутствует множественность моральных решений, способов выхода из конфликта. Причинами морального конфликта могут выступать: нарушение прав личности на охрану здоровья, получения медицинской помощи, неуважение к личному достоинству, столкновение традиций и инноваций в медицинских отношениях, социальная дезадаптация новых биотехнологических практик, несовпадение ожиданий пациентов и мотивации врачей, безответственное отношение к здоровью со стороны пациентов, столкновение отечественного патернализма и рыночной коллегиальности.

В зависимости от субъектов взаимодействия уровни конфликтности возникают в отношениях: врач — пациент/общество; медицинское учреждение — пациент/общество; медицинское сообщество — пациент/общество; государство как законодатель и учредитель системы здравоохранения — пациент/общество/врач/ медицинское сообщество. Роль пациента в моральном конфликте могут выполнять представители пациента, индивиды, вступающие в какие-либо взаимодействия в сфере биомедицины, например доноры, испытуемые и т. д.

Средства предотвращения и разрешения моральных конфликтов: формирование коммуникативной культуры врача; инновационная реорганизация способов взаимодействия врача и пациента, сферы биоме-



дицины и общества в целом; моральная самоидентификация всех субъектов медицинских отношений.

*М. А. Тетюшкин (Россия)*

### **Невротические расстройства как компонент «человеческого фактора» в чрезвычайных ситуациях**

В свете трагических событий с теплоходом «Булгария» значение «человеческого фактора» в возникновении аварий и техногенных чрезвычайных ситуаций приобретает ещё большую актуальность. Так, до 60 % авиакатастроф и 80 % катастроф на море происходит по вине обслуживающего персонала.

В исследовании психоэмоционального состояния поступающих на работу сотрудников нами были использованы тесты Спилберга и САН.

Всего обследовано 30 женщин и 93 мужчин. Средний возраст в исследуемой группе составил  $29,5 \pm 9,5$  лет. В исследование было включено 123 человека, из них у 36 человек (29 %) была выявлен высокий уровень личностной тревоги (у 50 % женщин и у 22,5 % мужчин). Высокий уровень ситуационной тревоги был зафиксирован у 24 человек (20 % обследованных), из них у 30 % женщин и у 16 % мужчин. Сочетание высокой личностной и ситуационной тревоги наблюдалось у 15 человек (12,5 % пациентов), (30 % женщин и 6,5 % мужчин). Выраженное снижение активности — признаки астенического синдрома отмечались у 40 человек (32,5 % состава группы), 32 % женщин и 30 % мужчин. Сочетание выраженной астенической и тревожной симптоматики было определено у 18 человек — 15 % обследованных (20 % женщин и 13 % мужчин).

**Выводы:**

1. По всем оцениваемым вариантам тревоги (личностная тревога, ситуационная тревога, их сочетание) распространенность тревожной симптоматики у женщин в 2–5 раз выше, чем у мужчин.

2. Выраженное снижение активности (астеническая симптоматика) — единственное расстройство, распространенность которого

у мужчин не ниже, а в сочетании с тревогой даже выше, чем у женщин, и составляет более 30 %, что говорит о его большой распространенности и значимости.

*И. Л. Максимов (Россия)*

### **Российский врач: этико-правовые аспекты деятельности**

За последние годы произошли значительные изменения в системе здравоохранения России. На современном этапе преобразования здравоохранения намечены пути совершенствования системы здравоохранения. Законодательное регулирование вопросов охраны здоровья граждан — одно из приоритетных направлений государственной политики в РФ. Переход к рыночной экономике значительно повысил требования к качеству оказания медицинской помощи, поскольку медицинская услуга выступает теперь в качестве товара, а пациент — ее потребителя. Это повлекло за собой изменения этико-правовой стороны отношений между пациентом и медицинским работником. Произошло смещение профессиональной установки врача с нозоцентрической (ориентированной на болезнь) на антропоцентрическую (ориентированную на человека) и социоцентрическую (в центре внимания которой находятся общественно — психологические факторы, влияющие на здоровье пациентов), переход от патернализма к антипатернализму.

Основополагающими этическими принципами взаимоотношения врача и пациента стали правила партнерства, конфиденциальности и информированного согласия. Из обязанностей медика ставить пациента в известность о предполагаемом способе медицинского вмешательства возникло право пациента на информацию и выбор (вплоть до отказа) метода лечения. Право на информацию и отказ от медицинского вмешательства закреплены в основах законодательства об охране здоровья граждан.

Под влиянием мирового опыта и международных профессионально — этических стандартов ускоряется движение от идей патернализма в сторону таких нравственных ценностей, как достоинство личности и автономия индивида. Медленно, но необратимо идет про-

цесс реализации общепризнанных международных стандартов прав человека в условиях современной российской действительности.

Отношения медицинского работника и пациента из этической области перемещаются все более в правовую. Любое нарушение обязательств медицинским работником влечет за собой не только общественное порицание, но и финансовую, а порой и уголовную ответственность.

*А. В. Кашин (Россия)*

### **Современный врач — формирование этических аспектов работы в современной системе здравоохранения**

Профессиональная медицинская этика призвана обеспечить понимание взаимоотношения пациента и врача. Медицинский работник — это не только профессия, но и призвание, требующее особых духовно-нравственных качеств. Формирование требуемой духовно-нравственной культуры лежит в основе воспитательной деятельности при подготовке специалистов в образовательном учреждении медицинского профиля.

В современной медицине, развивающейся в условиях реформирования здравоохранения, усиливается значение морально-этического фактора. Это связано с тем, что медицинские технологии ставят специалиста перед необходимостью сделать нравственный выбор при решении профессиональных задач, затрагивающих личность или здоровье больного. Таким образом, перед преподавателями медицинских образовательных учреждений стоит важная задача воспитания не только компетентного специалиста, но и духовно развитой личности с устойчивыми моральными взглядами и убеждениями.

За время обучения студенты медики должны не только приобрести специальные знания, но получить нравственную гуманитарную подготовку, овладеть совокупными знаниями о человеке, как существе биопсихосоциальном, знанием проблем и принципов современной биомедицинской этики, умением правильно решить сложные медицинские проблемы, требующие морально-этического выбора. Современное

общество требует специалиста, который в своей деятельности будет сочетать профессиональные и нравственные составляющие своей личности. Стержнем такого подхода должен быть духовно-нравственный компонент воспитания студента, будущего врача или медицинской сестры. Его личность должна быть интеллектуально, социально и духовно развитой.

Для этого требуется определенная система гуманных подходов воспитания духовно-нравственной культуры, в которой отражен опыт предыдущего поколения медиков, включая и музейную педагогику.

Однако традиция не есть что-то отвлеченное. Она, по образному сравнению философа И. А. Ильина, складывается из множества высоких духовных достижений отдельных выдающихся представителей медицины в единый очаг, который множится и от которого каждый может воспламенить огонь своего личного духа («О призвании врача»).

Врач в православном понимании — источник добродетелей: чистоты, мужества, любви к людям и к Богу. Именно поэтому в идеале врач должен быть нравственно высоким. В традициях отечественной медицины существовало понятие личности врача или сестры милосердия (возрождаемый в настоящее время статус медицинской сестры) как профессионала, имеющего следующие качества: знающий, добрый, терпеливый, внимательный, отзывчивый, ответственный, честный, справедливый, требовательный к себе, способный к нравственному действию на благо ближнего.

Это образ «милосердного самарянина» из Евангельской притчи, это «спешите делать добро» доктор Фридрих Гааз, безотказный для каждого больного врач-хирург-профессор (архиепископ Лука — профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий), «великая матушка» — Великая Княгиня Елизавета Федоровна Романова, настоятельница Марфо-Мариинской обители милосердия. Можно перечислить множество известных (и неизвестных) в Российской медицине имен, деяния которых оставили свой след в памяти народа и вошли в учебную медицинскую литературу.

### **Этические проблемы медицины труда в условиях инновационной деятельности**

Внедрение новых технологий в производство неминуемо влечет появление рабочих мест с воздействиями, имеющими неизвестные последствия для здоровья человека. Новые токсические вещества и аппаратура, работа на которой связана с воздействием физических факторов проходит детальное тестирование и гигиеническую оценку. Однако любая такая оценка исходит из уже известных последствий для здоровья или может быть подтверждена на моделях (экспериментальные животные, культуры тканей и пр.). Многолетний опыт исследования свойств и побочных эффектов лекарственных препаратов объективно доказывает недостаточность подобного подхода и то, что достоверные данные о последствиях нового воздействия на организм можно получить только в ходе спланированного эксперимента на людях, что реализуется в ходе клинических исследований.

Применительно к вопросам медицины труда подобные достоверные данные могут быть получены на самих работниках, которые имеют профессиональный контакт с подобными воздействиями. Предполагается, что работающие в неблагоприятных условиях труда (III и IV классы вредности) проходят обязательные регламентированные медицинские осмотры, в ходе которых выявляются различные заболевания, их анализ на уровне лечебного учреждения и службы охраны труда предприятия позволяет своевременно оценить изменения состояния здоровья и пересмотреть предварительную гигиеническую оценку.

Данный подход совмещает клиническое исследование и практическую деятельность, что может быть источником конфликта интересов. Кроме того, медицинский осмотр не предполагает разработки эффективного дизайна исследования, и полученные научные результаты могут оказаться недостоверными из-за существенных систематических ошибок наблюдения и невозможными для экстраполяции. Обсуждаются вопросы этических требований к работе в новых условиях и экспертизы клинических исследований, направленных на достоверную оцен-

ку безопасности новых рабочих мест, возникающих в ходе инновационной деятельности.

*К. Романов, М. Э. Гурылева (Россия)*

### **Этические проблемы спорта высоких достижений**

Актуальность проблемы помощи умирающим обусловлена как большим числом incurable больных, так и соматической и психологической тяжестью их состояния. В условиях запрета эвтаназии достойной альтернативой становится создание службы паллиативной помощи, необходимость создания и развития которой базируется на гуманистических принципах и реализации права человека на «смерть с достоинством».

Философия хосписа основана на убеждении, что благодаря персональному уходу и заботе окружающих пациенты и их близкие могут наиболее полно прожить последний период жизни больного, подготовиться к смерти, достойно ее встретить. Задача хосписа — борьба не за количество, а за качество жизни пациента. По оценке специалистов от 2/3 до 3/4 больных со злокачественными новообразованиями в России нуждающихся в паллиативном лечении, не госпитализируются или не получают необходимой паллиативной помощи, дефицит коек оценивается в разы (11–17 раз меньше, чем необходимо для обеспечения потребностей населения согласно расчетов ВОЗ). В стране функционирует 22 хосписа и 21 дом сестринского ухода, в 119 больницах имеются койки для паллиативной помощи, в тоже время существуют целые регионы, где подобная служба отсутствует. Наиболее хорошо сеть учреждений для умирающих больных развита в Центральном и Северо-Западном округе: известен положительный опыт работы Московского, Лахтинского (СПб.), Волоградского хосписов. В ближайшие годы планируется развитие сети учреждений во всей стране для оказания паллиативной помощи, в том числе создание «Патронажной службы» при амбулаторно-поликлинических учреждениях, функции которой должны включать наблюдение и оказание паллиативной помощи на дому,

что нашло отражение в проекте «Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г.».

Реализация данной концепции послужит существенному улучшению качества медицинской и медико-социальной помощи населения.

*Е. Х. Баринов, П. О. Ромодановский (Россия)*

### **Изучение причин врачебных ошибок и отношение к ним врачей**

Важнейшим разделом медицинской деонтологии является врачебная эрология, или учение о профессиональных ошибках. Совокупность этических норм поведения медицинского персонала при выполнении своих профессиональных обязанностей, объединенных под названием деонтология, направлена на достижение максимального положительного эффекта в оказании медицинской помощи, а также на устранение отрицательных последствий неполноценной или ошибочной деятельности медицинских работников.

Выдающиеся врачи как России, так и зарубежных стран в анализе допущенных врачебных ошибок видели реальный путь совершенствования медицины. Регистрация и изучение данных о врачебных ошибках в медицине приобрело несколько необходимых здравоохранению сфер применения.

Актуальность данной проблемы обусловлена необходимостью расширения знаний в этой области в течение последних лет и отражает мировую тенденцию, а также потребность в изучении данных о «медицинских происшествиях».

Представляют определенный интерес статистические данные, характеризующие врачей, допустивших профессиональные ошибки.

Для выявления причин возникновения профессиональных ошибок было проведено анонимное анкетирование 250 специалистов в области акушерства-гинекологии, неонатологии, хирургии, стоматологии допустивших врачебные ошибки.

По мнению 50 % специалистов, профессиональные ошибки в медицинской практике это неизбежный процесс, а 25 % врачей считают,

что ошибки — это случайность. 20 % специалистов считает, что сообщать о своих ошибках не следует.

По мнению большинства врачей, профессиональные ошибки можно уменьшить, если:

— рационально организовать рабочее время, больше внимания уделять пациенту;

— усилить контроль со стороны заведующих или администрации учреждения за качеством работы стоматологов;

— организовать систематическое обучение врачей на краткосрочных курсах или на рабочих местах для освоения новых методов и технологий;

— повысить медико-правовую осведомленность медицинского персонала.

*М. Лоцилина, Е. Петрова (Россия)*

### **О некоторых этических аспектах развития НБИК-технологий**

Современное состояние развития науки и техники определяется стремительным прогрессом в таких областях, как информационные технологии, биотехнологии, нанотехнологии и когнитивные науки. Эти технологии тесно связаны между собой, образуя феномен, получивший название NBIC-конвергенции. Благодаря NBIC-конвергенции появляется возможность изменения и роста возможностей человека за счет его технологической перестройки. Возможно, это даже начало нового этапа эволюции человека.

Развитие NBIC-технологий сильно меняет наши представления о мире, в том числе — о природе фундаментальных философских категорий, таких, как природа, жизнь, человек, сознание. Результатом подобных трансформаций станет изменение всех аспектов жизни человека. Человечеству будет дана возможность улучшить себя с помощью NBIC-технологий, возможно — с заменой частей тела на искусственные и прямым вмешательством в генетический аппарат и обмен веществ. Трансформируется и разум человека, включая этические системы. Встанет вопрос о границах человечности, то есть об определении



перехода к постчеловеку. Постчеловеческий разум и искусственный интеллект выйдут на уровень сверхразума, качественно превосходящего уровень человека.

Вопрос о границах «человечности» и человеческого разума вполне может стать в будущем одним из основных этических и философских вопросов. Интересно, что улучшение разума человека (работы мозга) возможно уже сегодня в рамках подхода, называемого «приращение разума» (*intelligence augmentation*)<sup>9</sup>. Сюда входят: использование инструментов для поиска, обработки и структурирования информации, поисковые системы и другие онлайн-инструменты, ноотропные средства и электронные устройства, играющие роль «внешней памяти».

Вне всякого сомнения, NBIC-конвергенция и ее последствия заслуживают и требуют внимательного и непредвзятого научного анализа.

*Ф. Г. Майленова (Россия)*

### **Этические аспекты работы по изменению убеждений в модели НЛП**

Убеждения — наиболее глубокий слой личности, составляющие самую ее суть. Нередко именно убеждения наравне с моральными ценностями считаются тем, что делает человека именно таким, помогает ему идентифицировать себя. Любой специалист, занимающийся психокоррекцией, знает, что самые сложные и порой непреодолимые препятствия в работе возникают, когда дело касается убеждений.

Тем не менее, хоть убеждения — наиболее устойчивая и трудно поддающаяся изменению составляющая личности, существуют психотехнологии, с помощью которых их можно изменить, порой даже незаметно для субъекта. В течение жизни каждый человек меняет хотя бы некоторые свои убеждения — либо сознательно, придя к выводу, что пора, либо это делают за него обстоятельства или другие люди.

---

<sup>9</sup> См., напр., <http://www.transhumanism-russia.ru/content/view/621/48/>

Ситуации, о которых вспоминают как «перевернувшие всю жизнь», оказываются как раз изменившимися и базовые убеждения, и когда мы говорим: я стал другим человеком, речь идет о том, что прежняя система убеждений и ценностей заменилась другой.

Существуют определенные закономерности, согласно которым живут, усиливаются, меняются и умирают убеждения, и знание этих закономерностей позволяет менять их сознательно. Многие убеждения могут быть вредными для человека, например: «я недостоин счастья», «Жизнь это страдание», «любовь это боль» и т. п. Избавившись от них (самостоятельно или с помощью консультанта-психолога), он сможет буквально начать новую жизнь!

Однако менять убеждения — означает вторгаться в самую суть личности человека. Открывается множество возможностей как для помощи, так и для злоупотреблений. Тот, кто владеет техникой, имеет определенную власть, и распоряжаться ею будет в меру своих ценностей и убеждений — хорошо, если они гуманистические.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Tsuyoshi Awaya (Japan)</i> <b>Do We Humankind Need Androids?</b>	3
<i>Борис Юдин (Россия)</i> <b>Отложенные уроки (исследования в Гватемале, 1946–1948 гг.)</b>	3
<i>John Tuohy, Mary Spiering (USA)</i> <b>Using Clinical Advances for Behavioral Rehabilitation</b>	5
<i>Г. Л. Микиртчян, О. И. Кубарь, О. К. Очкур (Россия)</i> <b>Некоторые эτικο-правовые аспекты паллиативной помощи в России</b>	6
<i>Gordana Pelčić (Croatia)</i> <b>Children and Healthcare Decision Making</b>	7
<i>И. В. Силуянова (Россия)</i> <b>Биоэтический нигилизм и биомедицинские технологии</b>	8
<i>Motomu Shimoda (Japan)</i> <b>Philosophical Implication of Advanced Medical Engineering</b>	9
<i>Т. В. Мишаткина, И. П. Меркулова, Т. В. Глинкина (Белоруссия)</i> <b>Новые образовательные технологии в преподавании биоэтики</b>	10
<i>Seiichi Morimoto (Japan)</i> <b>An Ethics Education Model for Healthcare Providers</b>	11
<i>Suzana Vuletić (Croatia)</i> <b>Physician Today — Ethical Aspects of Working in Health Care System Today</b>	11
<i>М. Э. Гурyleва (Россия)</i> <b>Умиравший больной</b>	12
<i>Mima Tatsuya (Japan)</i> <b>Re-thinking the First Euthanasia Case in Japan, 1950</b>	13
<i>Anamarija Gjuran-Coha (Croatia)</i> <b>Different Ways of Communication — Sign Language</b>	14
<i>Naoki Morishita (Japan)</i> <b>“Transformation of Family” and Medical Ethics — Host Mother Birth as a Test Case</b>	15

<i>Ana Volaric Mrsic (Croatia)</i> <b>A Physician Faced with a Choice: Costs or Benefit? Ethical Aspects</b>	15
<i>Takeshi Kuramochi (Japan)</i> <b>An Approach to Bioethics of Victims; a Portrait of a SAMURAI in Fukusima</b>	16
<i>М. С. Абдуллаходжаева, З. Х. Алланазарова (Узбекистан)</i> <b>Биоэтика в Узбекистане</b>	17
<i>Erick R. Valdes (USA)</i> <b>The Problem of Principlism</b>	18
<i>В. В. Власов, Л. Е. Зиганишина (Россия)</i> <b>Конфликт интересов при принятии решений в здравоохранении и пути его преодоления</b>	19
<i>П. Д. Тищенко (Россия)</i> <b>Биотехнологии: проблема социально распределенного производства знаний, экспертизы и ответственности</b>	20
<i>Luka Tomašević (Croatia), Ana Jeličić (Croatia)</i> <b>Concept of Person in Modern Bioethical Debate</b>	22
<i>В. И. Мусеев (Россия)</i> <b>Трансдисциплинарные технологии и биоэтика</b>	23
<i>Shigeru Mushiaki (Japan)</i> <b>Issues in Roboethics</b>	24
<i>Е. Г. Гребенщикова (Россия)</i> <b>Трансдисциплинарные измерения биотехнологических инноваций</b>	24
<i>Katsunori Kai (Japan)</i> <b>Legal and Ethical Issues of Neuroscience</b>	25
<i>Ф. Т. Нежметдинова (Россия)</i> <b>Конвергенция НБИК-технологий в зеркале биоэтики</b>	26
<i>Silvana Karačić (Croatia), Elena Shataeva (Russia)</i> <b>Bioethical Problems of Improvement of Rehabilitation Industry / Биоэтические проблемы развития реабилитационной индустрии</b>	27
<i>Р. Р. Белялетдинов (Россия)</i> <b>Проблема непредсказуемости рисков в этике новых технологий</b>	28

<i>Olga Popova (Russia)</i>	<b>Ethical Aspects of the Impact on the Human Body in Relation to Medical Technology Development: the Cultural Context</b>	29
<i>В. В. Яковлев (Россия)</i>	<b>О необходимости этических комитетов в российских лечебных учреждениях</b>	29
<i>Т. А. Сидорова (Россия)</i>	<b>Моральный конфликт в биоэтическом казусе</b>	30
<i>М. А. Тетюшкин (Россия)</i>	<b>Невротические расстройства как компонент «человеческого фактора» в чрезвычайных ситуациях</b>	32
<i>И. Л. Максимов (Россия)</i>	<b>Российский врач: этико-правовые аспекты деятельности</b>	33
<i>А. В. Кашин (Россия)</i>	<b>Современный врач — формирование этических аспектов работы в современной системе здравоохранения</b>	34
<i>А. Д. Трубецков (Россия)</i>	<b>Этические проблемы медицины труда в условиях инновационной деятельности</b>	36
<i>К. Романов, М. Э. Гурылева (Россия)</i>	<b>Этические проблемы спорта высоких достижений</b>	37
<i>Е. Х. Баринов, П. О. Ромодановский (Россия)</i>	<b>Изучение причин врачебных ошибок и отношение к ним врачей</b>	38
<i>М. Лоцилина, Е. Петрова (Россия)</i>	<b>О некоторых этических аспектах развития НБИК-технологий</b>	39
<i>Ф. Г. Майленова (Россия)</i>	<b>Этические аспекты работы по изменению убеждений в модели НЛП</b>	40

Издательство Московского гуманитарного университета

Подписано в печать 5.09.2011 г. Формат 60×84 1/16

Усл. печ. л. 2,75

Тираж 100 Заказ №.

Адрес: 111395, Москва, ул. Юности, 5/1