

Національна академія наук України
Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України

ЧЕТВЕРТИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС З БІОЕТИКИ

з міжнародною участю

20-23 вересня 2010
Київ, Україна

Київ 2010

*Світлій пам'яті
академіка Костюка
Платона Григоровича
присвячується*

СПІВОРГАНІЗАТОРИ:

Національна академія наук України

- Національний науковий центр з медико-біотехнічних проблем

Національна академія медичних наук України

- Інститут медицини праці

Міністерство охорони здоров'я України

- Державний фармакологічний центр



Office for Human Research Protections (OHRP)

Наука без совісті спустошує душу

Франсуа Рабле

СПІВГОЛОВИ КОНГРЕСУ:

Президент Національної академії наук України
академік **Б.Є.ПАТОН**

Президент Національної академії медичних наук
України

академік **О.Ф.ВОЗІАНОВ**

Міністр охорони здоров'я України

З.М.МИТНИК

Сучасна біоетика покликана вирішувати етичні питання, що стосуються медицини, наук про життя і пов'язаних з ними технологій. При цьому повинен враховуватися увесь комплекс соціальних, правових і екологічних аспектів. Світова наукова спільнота і міжнародні організації, такі як ЮНЕСКО, ВООЗ, ЮНЕП, Рада Європи надають велике значення цій проблемі, відносять її до пріоритетних.

Процес гуманізації сучасної науки, що відбувається останнім часом, не може здійснюватися без розвитку етичних принципів. Застосування багатьох новітніх біотехнологій, таких як клонування, генна терапія, синтетична біологія, використання стовбурових клітин, пересадка органів і непередбачуваність їх наслідків вимагають належної уваги з точки зору біоетики. Останнім часом виникло ще чимало нових проблем, рішення яких тісно пов'язане з біоетикою. Найбільш актуальними з них є нанотехнології, біозахист і біобезпека.

Попередні Національні конгреси з біоетики, які були проведені в 2001, 2004 і 2007 роках, не тільки підтвердили зростаючий інтерес до проблем біоетики в Україні, але й дали новий поштовх для подальшої роботи в цій галузі.

Надаючи пріоритетне значення розвитку біоетики, Президія Національної академії наук ухвалила рішення про проведення спільно з Національною академією медичних наук України і Міністерством охорони здоров'я України Четвертого національного конгресу з біоетики в 2010 році.

Організаційний комітет запрошує Вас взяти участь в роботі Конгресу, який відбудеться в м. Києві 20-23 вересня 2010 року.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова	Академік НАН і НАМН України <i>Ю.І.Кундієв</i>
Секретар	к.б.н. <i>М.О.Чащин</i>
Члени	Академік НАМН України <i>В.М.Запорожан</i> Академік НАН і НАМН України <i>Ю.П.Зозуля</i> Академік НАН і НАМН України <i>С.В.Комісаренко</i> Академік НАМН України <i>А.М.Сердюк</i> Член-кор. НАМН України <i>В.М.Мороз</i> Член-кор. НАМН України <i>В.Ф.Москаленко</i> Член-кор. НАН і НАМН України <i>І.С.Чекман</i> Професор <i>А.А.Бабанін</i> Професор <i>О.П.Волосовець</i> Професор <i>Д.Григорчук</i> (США) Професор <i>Б.С.Зіменковський</i> Професор <i>В.М.Корнацький</i> Професор <i>В.Л.Кулініченко</i> Професор <i>А.М.Морозов</i> Професор <i>З.А.Шкіряк-Нижник</i> <i>В.К.Демченко</i>

ПРОГРАМНИЙ КОМІТЕТ

Голова	Академік НАН і НАМН України <i>Ю.И.Кундієв</i>
Вчений секретар	к.м.н. <i>П.М.Вітте</i>
Члени	Академік НАН України <i>Я.Б.Блюм</i> Академік НАН України <i>В.І.Грищенко</i> Академік НАН України <i>Д.М.Гродзинський</i> Академік НАН України <i>О.О.Созінов</i> Академік НАН України <i>В.П.Широбоков</i> Академік НАМН і член-кор. НАН України <i>Л.А.Пиріг</i> Академік НАМН і член-кор. НАН України <i>И.М.Трахтенберг</i> Член-кор. НАМН України <i>М.Р.Гжегоцький</i> Член-кор. НАН і НАМН України <i>О.Г.Резніков</i> Професор <i>Ю.Л.Бошицький</i> Професор <i>Ф.В.Дахно</i> Професор <i>М.М.Кисельов</i> Професор <i>С.Д.Мельничук</i> Професор <i>О.С.Созінов (РФ)</i> Професор <i>Т.В.Талаєва</i> к.ю.н. <i>Р.Ю.Гревцова</i> д.ф.н. <i>С.В.Пустовіт</i>

МЕТА КОНГРЕСУ:

Провести широке обговорення ключових проблем біоетики в Україні та інших країнах світу за участю провідних вчених та фахівців в галузі наук про життя, філософії та права, представників різних релігійних конфесій, засобів масової інформації, а також громадських організацій.

Конгрес сприятиме втіленню в життя Конвенції Ради Європи «Про права людини і біомедицину», «Загальної декларації про біоетику і права людини» ЮНЕСКО, подальшому вдосконаленню законодавства України в галузі біоетики, здійсненню допомоги в проведенні досліджень в області природничих наук з дотриманням етичних норм і правил, поширенню викладання біоетики в учбових закладах, відкритості діяльності наукових та медичних закладів, захисту прав та гідності людини з огляду на застосування сучасних досягнень біології і медицини.

ОСНОВНІ ТЕМИ КОНГРЕСУ:

1. Вплив біоетики на суспільну мораль
2. Біоетика і право
3. Етичні проблеми нано- і біотехнологій
4. Екологія і біоетика
5. Етика в охороні здоров'я
6. Етичні аспекти нових медичних технологій
7. Етичні проблеми проведення клінічних досліджень лікарських засобів
8. Етичні аспекти біомедичних досліджень
9. Методологічні аспекти розповсюдження знань з біоетики, кодекси поведінки з біобезпеки та біозахисту.

МІЖНАРОДНІ СЕМІНАРИ:

- Етичні аспекти нано- та біотехнологій
- Втрачені можливості щодо здоров'я матері та дитини

СИМПОЗІУМИ:

- Нові біотехнології в сільському господарстві і харчовій промисловості: аналіз етичних проблем. Етичні аспекти оцінки ризиків використання ГМО з точки зору екології
- Морально-етичні аспекти штучного переривання вагітності

КРУГЛІ СТОЛИ КОНГРЕСУ:

- Біоетичні проблеми гармонізації прав людини та прав інтелектуальної власності
- Етичні та правові аспекти біомедичних досліджень: досвід України у світовому контексті

МІЖНАРОДНА РОБОЧА ГРУПА З ПИТАНЬ СПІВРОБІТНИЦТВА У СФЕРІ БІОЕТИКИ

СТРУКТУРА КОНГРЕСУ:

Наукова програма буде включати лекції з ключових тем, з якими виступлять провідні українські та зарубіжні вчені, доповіді на пленарних та секційних засіданнях, дискусії в робочих групах та за круглим столом, семінари та стендові доповіді.

	20 вересня	21 вересня	22 вересня	23 вересня
08:00	РЕЄСТРАЦІЯ УЧАСНИКІВ	А1 – Зал № 1	А2 – Зал № 1	А3 – Зал № 1
08:30				
09:00				
09:30				
10:00				
10:30				
11:00				
11:30				
12:00				
12:30				
13:00				
13:30				
14:00				
14:30				
15:00				
15:30				
16:00				
16:30	УРОЧИСТЕ ВІДКРИТТЯ КОНГРЕСУ	S 1.2 – Зал № 1 S 2.2 – Зал № 2 S 3.2 – Зал № 3	S 10.1 – Зал № 1 S 12.2 – Зал № 2 S 3.4 – Зал № 3 S 11.1 – Зал № 4	А 4 – Зал № 1
17:00				
17:30				
18:00				
18:30				
19:00				
19:30				
20:00				
20:30				
21:00				
21:30				

А – пленарні засідання S – секційні засідання Р – стендова сесія RT – круглі столи IWS – міжнародна робоча група

ПРОГРАМА

20 вересня, понеділок

09.00 – 16.00
16.00 – 21.00

Реєстрація учасників, екскурсія містом

Урочисте відкриття Конгресу

(Національна філармонія України, Володимирський узвіз, 2)

21 вересня, вівторок

09.00 – 11.00
Зал № 1

А1

Перша пленарна сесія

Співголови: С.В.Комісаренко, В.М.Запорожан (Україна)

А1/1

ГЛОБАЛІЗАЦІЯ І ЕТИКА: НОВІ ЗАВДАННЯ ДЕРЖАВИ

В.В.Костицький (Україна)

А1/2

ПРОГРЕС У СУЧАСНІЙ БІОЛОГІЇ, БІОБЕЗПЕКА ТА БІОЕТИКА

С.В.Комісаренко (Україна)

А1/3

БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ В НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

М.Лін (США)

А3/4

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

В.М.Корнацький (Україна)

А1/5

НООЕТИКА - ЕТИЧНИЙ КОДЕКС СУЧАСНОСТІ

В.М.Запорожан (Україна)

А1/6

НАНОМЕДИЦИНА, НАНОФАРМАКОЛОГІЯ, НАНОТЕХНОЛОГІЇ: ЕТИЧНИЙ АСПЕКТ

І.С.Чекман (Україна)

11.00 – 11.30
11.30 – 13.30

Перерва

Паралельні секційні засідання

11.30 – 13.30
Зал № 1

S1.1

Вплив біоетики на суспільну мораль

Співголови: М.М.Кисельов, С.В.Пустовіт (Україна)

S1.1/1

БІОЛОГІЧНА ЕТИКА ЯК ФЕНОМЕН СУЧАСНОСТІ

М.М.Кисельов (Україна)

S1.1/2

БІОЕТИКА В КОНТЕКСТІ НООСФЕРНОЇ МОРАЛІ

Т.Н.Цирдя, О.О.Скрипник (Молдова)

S1.1/3

БІОЕТИКА І ПАРАДИГМАЛЬНА СТРУКТУРА СУЧАСНОГО «ЛЮДИНОВИМІРНОГО» ПРИРОДОЗНАВСТВА

В.Ф.Чешко (Україна)

S1.1/4

НАУКОВО-ТЕХНОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ХХІ СТОЛІТТЯ: СПОЛОХИ ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНИХ ТРИВОГ

В.С. Лук’янець (Україна)

S1.1/5

ПРЕВЕНЦІЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ В БІОЕТИЧНОМУ ВИМІРІ СУЧАСНОГО СЕКУЛЯРНОГО ПРОСТОРУ

Архимандрит А. Ахаладзе (Грузія)

S1.1/6

ПРИНЦИПІЗМ ЯК ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД У БІОЕТИЦІ

С.В.Пустовіт (Україна)

S1.1/7

ВИКОРИСТАННЯ БІОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ В ЕСТОНІЇ: ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ

В.Парве (Естонія)

21 вересня, вівторок

	S1.1/8	РОЛЬ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ В МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНІЙ МОДЕЛІ ПАРТНЕРСТВА ПРИ ОЦІНКАХ РИЗИКУ <i>О.І.Турос, Я.П.Маркевич, А.А.Петросян, А.О.Турос (Україна)</i>
	S1.1/9	БІОЕТИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ОКРЕМОЇ ЛЮДИНИ ЯК ОСНОВНА ОЗНАКА СВІДОМОСТІ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУСПІЛЬСТВА <i>Є.Г.Мельникова, П.Ю.Улізко (Україна)</i>
	S1.1/10	РЯЗАНОВА БАЛКА ЯК ВИТВІР БІОСФЕРИ (ВІД ЕКОЦИДУ ДО ЕКОЕТИКИ) <i>М.О.Горін, О.П.Мазуренко (Україна)</i>
	S1.1/11	ПРИНЦИПИ БІОЕТИКИ В СУФІЙСЬКІЙ МЕДИЦИНІ <i>Х.З.Турсунов, Д.С.Турсунова (Узбекистан)</i>
	S1.1/12	КОСМОЕТИКА – ЕТИКА МАЙБУТНЬОГО <i>А.І.Гоженко (Україна)</i>
11.30 – 13.30 Зал № 2	S2.1	Біоетика і право Співголови: Р.Ю.Гревцова, В.К.Демченко (Україна)
	S2.1/1	БІОЕТИКА: МІЖ ФІЛОСОФІЄЮ ТА ПРАВОМ <i>Н.Н.Седова (Росія)</i>
	S2.1/2	БІОЕТИЧНІ ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ І ПРАВОВІ РІШЕННЯ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ВИМІР І УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД <i>Р.Ю.Гревцова (Україна)</i>
	S2.1/3	МЕДИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМ ДЕМОГРАФІЇ <i>А.А.Бабанін, О.В.Беловицький, А.А.Кузьминський, О.Ю.Скребкова (Україна)</i>
	S2.1/4	МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ СТАНДАРТИ РІВНОПРАВНОСТІ І НЕДИСКРИМІНАЦІЇ З СЕКСУАЛЬНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ І ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ <i>М.В.Ларькова (Росія)</i>
	S2.1/5	ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ЗМІНЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РОСІЇ <i>І.В.Сілуянова, В.В.Яковлев (Росія)</i>
	S2.1/6	БІОЕТИКА І ПУБЛІЧНІ ПОЛІТИКИ В КОНТЕКСТІ ПОСТДЕМОКРАТІЇ <i>С.Л.Спринчан (Молдова)</i>
	S2.1/7	ПРАВА ЛЮДСЬКОГО ЕМБРІОНУ <i>О.В.Огірко (Україна)</i>
	S2.1/8	ПОСТАБОРТНИЙ СИНДРОМ: ПЛАТА ЗА ВИБІР <i>с. Д. - Г.Т. Терешкевич, о. М. Лучків, О.Р.Джура (Україна)</i>
11.30 – 13.30 Зал № 3	S3.1	Міжнародний семінар «Етичні проблеми нано- і біотехнологій»: етичні і соціальні аспекти нанобіотехнологій Голова: П.Д.Тищенко (Росія)
	S3.1/1	БІОТЕХНОЛОГІЇ: ПРОБЛЕМА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В СТРУКТУРАХ СОЦІАЛЬНО РОЗПОДІЛЕНОГО ЗНАННЯ <i>П.Д.Тищенко (Росія)</i>
	S3.1/2	НАНОТЕХНОЛОГІЧНА ПЕРСПЕКТИВА: СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ <i>Т.В.Гардашук (Україна)</i>
	S3.1/3	БІОЕТИЧНІ НОНЕКСКЛЮЗИВНІ ІНТЕРЕСИ НАНОТЕХНОЛОГІЙ <i>Т.Н.Цирдя, Е.А.Скрипник (Молдова)</i>
	S3.1/4	ДЕЯКІ БІОЕТИКО-ПОЛІТИЧНІ АСПЕКТИ НАНОБІОТЕХНОЛОГІЙ <i>С.Л.Спринчан (Молдова)</i>
	S3.1/5	НАНОТЕХНОЛОГІЇ ТА СУЧАСНЕ СУСПІЛЬСТВО <i>П.Я.Смалько, Т.Ю.Стехіна, К.В.Скребцова, М.О.Чащин (Україна)</i>

21 вересня, вівторок

	S3.1/6	НАНОБІОТЕХНОЛОГІЇ: СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ <i>В.Ю.Дяченко, Т.Ю.Небесна (Україна)</i>
	S3.1/7	БІОЕТИКА ЯК ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНИЙ ДОСВІД <i>Л.П.Киященко (Росія)</i>
	S3.1/8	БІОЕТИКА ТА БІОТЕХНОЛОГІЯ: ВІД ЕМПІРИЧНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ ДО ВЕРИФІКАЦІЇ СОЦІОГУМАНІТАРНОЇ (ІСТОРИКО-ФІЛОСОФСЬКЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) <i>Ю.В.Косова (Україна)</i>
	S3.1/9	ГУМАНІТАРНА ЕКСПЕРТИЗА БІОТЕХНОЛОГІЙ <i>Ю.А.Іщенко (Україна)</i>
13.30 – 14.30 14.30 – 16.30		Перерва на обід Паралельні секційні засідання
14.30 – 16.30 Зал № 1	S1.2	Вплив біоетики на суспільну мораль Співголови: М.М.Кисельов, С.В.Пустовіт (Україна)
	S1.2/1	ПРО ФЕНОМЕН ХРИСТІЯНСЬКОЇ БІОЕТИКИ <i>І.В.Сілуянова (Росія)</i>
	S1.2/2	ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОВІДНОШЕННЯ КАТЕГОРІЙ «СВОБОДА» І «СОВІСТЬ» В НАУЦІ ТА РЕЛІГІЇ <i>В.М.Бєлов, Ж.А.Рабчинський (Україна)</i>
	S1.2/3	ПРОБЛЕМА УПЕРЕДЖЕНОСТІ І НЕУПЕРЕДЖЕНОСТІ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ МІЖЕТИЧНИХ ДИСКУСІЙ <i>О.Ю.Мережинська (Україна)</i>
	S1.2/4	ХРИСТІЯНСЬКІ ЦІННОСТІ ТА ІМПЕРАТИВИ У КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ <i>І.П.Банарь (Україна)</i>
	S1.2/5	ЦІННІСТЬ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ У КОНТЕКСТІ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ <i>І.М.Паробецька, В.Т.Андрушко, Н.О.Назар, Т.Л.Вигнан (Україна)</i>
	S1.2/6	ЦЕРКВА І БІОЕТИКА <i>Єпископ Макарівський Іларій (Шишковський) (Україна)</i>
	S1.2/7	ПРОБЛЕМА СОВІСТІ ТА ОБОВ'ЯЗКУ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В КОНТЕКСТІ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ <i>М.Б.Шегедин, Р.С.Чорненька, Х.П.Мазепа, с. Д. - Г.Т.Терешкевич (Україна)</i>
	S1.2/8	ЕТИЧНА ПАРАДИГМА ЛІКАРЯ ТА ВЧЕНОГО В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО <i>В.Ф.Москаленко, А.І.Єгоренков, А.П.Яворовський (Україна)</i>
	S1.2/9	ЗАПЛІДНЕННЯ IN VITRO: ДОПУСТИМА АЛЬТЕРНАТИВА МАТИ ПОТОМСТВО? ЗМІ ЩОДО ПОДРУЖНЬОГО БЕЗПЛІДДЯ <i>А.А.Гебальська (Польща)</i>
	S1.2/10	ЕВТАНАЗІЯ ЯК ВИКЛИК ХРИСТІЯНСЬКОЇ ЕТИКИ <i>Протоієрей Геннадій Батенко (Україна)</i>
	S1.2/11	НАУКА. РЕЛІГІЯ ТА БІОЕТИКА В ЕПОХУ HIGH-НУМЕ ТЕХНОЛОГІЙ <i>В.О.Черненко, В.Ф.Чешко (Україна)</i>
14.30 – 16.30 Зал № 2	S2.2	Біоетика і право Співголови: Р.Ю.Гревцова, В.К.Демченко (Україна)
	S2.2/1	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК <i>А.А.Бабанін, О.В.Біловіцький, О.О.Кузьмінський, О.Ю.Скребкова (Україна)</i>

21 вересня, вівторок

21 вересня, вівторок

S2.2/2	ПРАВОВІ ЗАСОБИ ОХОРОНИ ГІДНОСТІ ЛЮДИНИ В УМОВАХ МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ <i>Г.А.Миронова (Україна)</i>
S2.2/3	ТЕРАПЕВТИЧНІ НЕПОРОЗУМІННЯ В КОНТЕКСТІ БІОМЕДИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ <i>А.Л.Паладі (Молдова)</i>
S2.2/4	ЗАКОНОДАВЧІ ЗАСАДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТОРГІВЛІ ЛЮДСЬКИМИ ОРГАНАМИ, ТКАНИНАМИ, КЛІТИНАМИ <i>З.А.Шкіряк-Нижник, Н.В.Числовська, О.А.Цодікова, О.Г.Рогова (Україна)</i>
S2.2/5	ЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПАЦІЄНТА <i>О.Г.Рогова (Україна)</i>
S2.2/6	ВЕРХОВЕНСТВО ПРИНЦИПУ ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ДУХОВНУ ПІДТРИМКУ <i>О.Ю.Кашинцева (Україна)</i>
S2.2/7	ВИСВІТЛЕННЯ БІОЕТИЧНИХ ПИТАНЬ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ І ЮРИДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ <i>В.Ф.Москаленко, Т.С.Грузєва, Р.Ю. Гревцова (Україна)</i>
S2.2/8	ПРАВОВІ ТА БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ НА КЛІНІЧНИХ БАЗАХ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ <i>В.В.Синиця (Україна)</i>
S2.2/9	РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА У ФОРМУВАННІ ЕКОЛОГІЧНОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ <i>Б.М.Васильківський (Україна)</i>
14.30 – 16.30 Зал № 3	S3.2 Міжнародний семінар «Етичні проблеми нано- і біотехнологій»: нано- і біотехнології медичного призначення Голова: І.С.Чекман (Україна)
S3.2/1	ПРОБЛЕМИ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ ТА ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРАЦЮЮЧИХ В СФЕРІ НАНОТЕХНОЛОГІЙ <i>О.В.Демецька, Т.К.Кучерук, В.О.Мовчан, О.О.Рибак (Україна)</i>
S3.2/2	НАНОВУГЛЕЦЕВІ МАТЕРІАЛИ: ЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ <i>Д.С.Савченко, Н.В.Савченко (Україна)</i>
S3.2/3	ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НАНОМОДИФІКОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ (НА ПРИКЛАДІ МОДИФІКОВАНОЇ АМОРФНОЇ НАНОДИСПЕРСНОЇ ФОРМИ КАЛЬЦІЯ ГЛЮКОНАТУ) <i>М.О.Кірьянов, Н.С.Стрелков, Г.Н.Кони́гін, Д.С.Рибін, Є.П.Єлсуков, Є.П.Сухенко (Росія)</i>
S3.2/4	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ НАНОМАТЕРІАЛІВ <i>І.М.Трахтенберг, О.Л.Апихтіна, Н.М.Дмитруха (Україна)</i>
S3.2/5	ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ В НАНОМЕДИЦИНІ <i>В.В.Короленко, П.Ф.Музиченко, А.В.Рибачук (Україна)</i>
S3.2/6	ОЦІНКА БІОБЕЗПЕКИ НОВІТНІХ НАНОРОЗМІРНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ДОСТАВКИ ЛІКІВ <i>Р.С.Стойка, А.Зайченко, Н.Мітіна, Т.Скорохода, М.Москвін, Р.Білий, Ю.Кіт, Н.Бойко, Р.Панчук, Є.Филяк, Ю.Сенків, Н.Скорохід (Україна)</i>
S3.2/7	КОНЦЕПЦІЯ КУРСУ «ЕТИКА В НАНОТЕХНОЛОГІЇ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «НАНОТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ БІОМЕДИЦИНИ» <i>Т.Ярошикова, Я.Вранова (Чехія)</i>
S3.2/8	НАНОСЕРЕБРО: МОЖЛИВИЙ ВКЛАД У РОЗВИТОК НАНОФАРМАКОЛОГІЇ АБО НАНОТОКСИКОЛОГІЇ <i>І.Н. Андрусишина, І.А.Голуб., Л.А. Крушинська (Україна)</i>

16.30 – 17.00 17.00 – 19.00	Перерва Паралельні секційні засідання	
17.00 – 19.00 Зал № 1	S5.1	Етика в охороні здоров'я Співголови: Л.А.Пиріг, З.А.Шкіряк-Нижник (Україна)
	S5.1/1	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ <i>П.Ф.Музиченко, В.Г.Коляденко (Україна)</i>
	S5.1/2	БІОЕТИКА ЯК ОСНОВА МЕДИЧНОГО ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ <i>Н.Л.Аряєв, Ю.В.Десятська, Н.Ю.Горностаєва, І.М.Шевченко, Л.І.Дмитрієва (Україна)</i>
	S5.1/3	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ ОРГАНІВ І ТКАНИН В ХІРУРГІЇ <i>М.П.Захараш (Україна)</i>
	S5.1/4	ПЕРСОНАЛІСТИЧНА БІОЕТИКА ЯК ФУНДАМЕНТ ВИХОВАННЯ ТА ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ <i>Л.О.Баран, О.Й.Вознюк (Україна)</i>
	S5.1/5	ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДІЯЛЬНОСТІ ДИТЯЧОГО ЛІКАРЯ <i>М.Ю.Абросимова, Ю.А.Галлямова, Б.Д.Менделевич, М.М.Садиков (Росія)</i>
	S5.1/6	БІОЕТИКА В БІОІНФОРМАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ <i>Д.Х.Турсунов, Х.З.Турсунов, М.Х.Турсунова (Узбекистан)</i>
	S5.1/7	БІОЕТИКА І ПРОБЛЕМИ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗРОБЛЕННЯ ЕФЕКТИВНИХ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СУЧАСНІЙ ПРОФІЛАКТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ <i>І.В.Сергета, О.Є.Александрова, Б.Р.Боровський, Н.І.Осадчук, Д.П.Сергета, Р.В.Теклюк, О.Б.Дударенко (Україна)</i>
	S5.1/8	БІОЕТИКО-АКСІОЛОГІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ <i>В.І.Ожовану (Молдова)</i>
	S5.1/9	ПРІОРИТЕТНІ АСПЕКТИ БІОЕТИКИ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ <i>З.Ф.Веселовська (Україна)</i>
	S5.1/10	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ <i>Н.Ю.Горностаєва, Ю.В.Десятська, І.М.Шевченко, Л.І.Дмитрієва (Україна)</i>
	S5.1/11	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОНКОУРОЛОГІЇ <i>В.Н.Григоренко, Л.Н.Гусліцер, В.С.Сакало, В.В.Мрачковський, А.В.Кондратенко, А.В.Сакало, Ю.Ю.Куранов, П.Г.Яковлев (Україна)</i>
	S5.1/12	МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ СТРАТЕГІЇ СУЧАСНОЇ ПСИХІАТРІЇ <i>Я.С. Яскевич (Республіка Беларусь)</i>
	S5.1/13	БІОМЕДИЧНА ЕТИКА В ОНКОГІНЕКОЛОГІЇ <i>Е.П.Манжура, Л.Н.Гусліцер, Г.О.Вакуленко, М.П.Клеветенко, В.Мицкевич, Д.Н.Красиленко, Л.В.Пак (Україна)</i>
	S5.1/14	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ <i>А.Г.Ожован (Молдова)</i>
	S5.1/15	ІНФОРМОВАНИЙ ВИБІР: «БЕЗПЕЧНИЙ СЕКС» АБО УТРИМАННЯ В БОРОТЬБІ ЗІ СНІДОМ? <i>З.О.Серебровська (Україна)</i>
17.00 – 19.00 Зал № 2	S4	Екологія і біоетика Співголови: А.М.Сердюк, Д.М.Гродзинський (Україна)
	S4/1	ЕКОЛОГІЯ ЛЮДИНИ: БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТ <i>Т.В.Мішаткіна (Республіка Беларусь)</i>
	S4/2	ПРИНЦИПИ БІОЕТИКИ У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ З ГІГІЄНИ ДИТИНСТВА <i>Н.С.Полька, С.В.Гозак (Україна)</i>

21 вересня, вівторок

S4/3	ЕКОЛОГІЧНА ЕТИКА ЯК ПЕРЕДУМОВА РОЗВИТКУ ГЛОБАЛЬНОЇ БІОЕТИКИ <i>Н.В.Коваленко (Україна)</i>
S4/4	РОЛЬ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ В МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНІЙ МОДЕЛІ ПАРТНЕРСТВА ПРИ ОЦІНКАХ РИЗИКУ <i>О.І.Турос, Я.П.Маркевич, А.А.Петросян, А.О.Турос (Україна)</i>
S4/5	БІОЕТИЧНА ЕКСПЕРТИЗА НАУКОВИХ ПРОЕКТІВ В ГАЛУЗІ ГІГІЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ <i>О.І.Винарська, Л.Є.Григоренко, С.В.Лукьянчук, Т.А.Чубук (Україна)</i>
S4/6	БІОЕТИЧНІ ПИТАННЯ КАНЦЕРОГЕННОГО РИЗИКУ <i>І.О.Черниченко, О.Н.Литвиченко, О.В.Швагер (Україна)</i>
S4/7	ДЕЯКІ АСПЕКТИ БІОЕТИКИ В ІНВАЙРОНМЕНТАЛІЗМІ <i>О.О.Науменко (Узбекистан)</i>
S4/8	ЕКОЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗЕМЛЕКОРИСТУВАННЯ <i>М.О.Горін (Україна)</i>
S4/9	ВПЛИВ ДАРВІНІВСЬКИХ ІДЕЙ НА ФОРМУВАННЯ ЕКОЦЕНТРИЧНИХ ПРИНЦИПІВ <i>Ю.К.Дупленко (Україна)</i>
S4/10	ПРОБЛЕМИ ЗАХИСТУ БІОРІЗНОМАНІТНОСТІ МЕГАПОЛІСІВ <i>О.Б.Бондаренко (Україна)</i>
S4/11	ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ ПРИ ПРОФІЛАКТИЦІ ПОЛІНУТРИЄНТНИХ ДЕФІЦИТІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, ЯКЕ ПРОЖИВАЄ НА ЕКОЛОГІЧНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ <i>І.Т.Матасар, Л.М.Петрищенко, В.І.Матасар, О.Г.Луценко (Україна)</i>
S4/12	СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОЗВІЛЛЯ ШКОЛЯРІВ <i>Н.Я.Яцковська, С.М.Джурінська (Україна)</i>
S4/13	ЕКОЛОГІЧНЕ МИСЛЕННЯ <i>І.В.Доценко (Україна)</i>
17.00 – 19.00 Зал № 3	S7 Етичні проблеми проведення клінічних досліджень лікарських засобів Співголови: В.М.Корнацький, А.М.Морозов (Україна)
S7/1	ДІЯЛЬНІСТЬ ЕТИЧНИХ КОМІСІЙ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ І ПРАВ ПАЦІЄНТІВ У КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ <i>Т.В.Талаєва (Україна)</i>
S7/2	ОСНОВНІ ВИМОГИ ДО ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ <i>А.М.Морозов, Л.І.Ковтун, В.В.Ніколаєва, С.С.Распутняк (Україна)</i>
S7/3	ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ЕТИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ <i>О.В.Сілантьєва (Україна)</i>
S7/4	ОСОБЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ ДОКУМЕНТОВАНОЇ ЗГОДИ ПРИ ЗАЛУЧЕННІ ДО БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ <i>З.А.Шкіряк-Нижник, Н.В.Числовська, О.А.Цодікова (Україна)</i>
S7/5	АКТУАЛЬНІ ЕТИКО-ПРАВОВІ ПИТАННЯ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ <i>Р.Ю.Гревцова (Україна)</i>
S7/6	АНАЛІЗ ВІДНОШЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО СВОЄЇ УЧАСТІ В КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ <i>А.І.Карпенко, К.В.Іщенко, С.В.Безуглова (Україна)</i>
S7/7	КОНЦЕПЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО НАВЧАННЯ ЧЛЕНІВ КОМІТЕТІВ З ЕТИКИ <i>О.О.Малишева (Росія)</i>

21 вересня, вівторок

S7/8	ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ УЧАСТІ ЗДОРОВИХ ДОБРОВОЛЬЦІВ В КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ <i>І.А.Зупанець (Україна)</i>
S7/9	АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТРАХУВАННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ: ДОТРИМАННЯ ВИМОГ СУЧАСНОЇ НОРМАТИВНОЇ БАЗИ <i>А.В.Степаненко (Україна)</i>
19.00 – 20.00 20.00 – 21.30 Зал № 1	Р Перерва на вечерю Р Стендова сесія
P1/1	БІОЕТИЧНІ ОСНОВИ МОРАЛЬНИХ ВІДНОСИН В УКРАЇНІ <i>П.М.Вітте (Україна)</i>
P2/1	ЕТИЧНІ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ГЕНЕТИЧНОГО СКРИНІНГУ <i>Е.А.Дьоміна (Україна)</i>
P3/1	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК <i>І.С.Назарко (Україна)</i>
P3/2	ЗДОРОВЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я ОРГАНІЗМУ <i>І.І.Стернат, Р.С.Стернат (Україна)</i>
P4/1	ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВЕРХ В ЕКОЛОГІЇ І ПИТАННЯ БІОЕТИКИ <i>М.Х.Турсунова, Р.І.Рахімов (Узбекистан)</i>
P4/2	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗКЛАДУ БІОДЕСТРУКТИВНИХ ПОЛІМЕРІВ <i>О.Г.Белюга, О.В.Шибишин, О.Д.Федоряк (Україна)</i>
P4/3	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПОСТРАЖДАЛО ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ <i>Н.О.Прокопенко (Україна)</i>
P4/4	ПИТАННЯ БІОЕТИКИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ТЕРИТОРІЙ, ТРАНСПОРТНОЇ МЕРЕЖІ, ЗАБУДОВІ ТА ЕКСПЛУАТАЦІЇ ЖИТЛОВИХ І ГРОМАДСЬКИХ БУДІВЕЛЬ ТА СПОРУД <i>О.В.Прокопенко, Н.О.Прокопенко (Україна)</i>
P4/5	АЛЬГАЛІЗАЦІЯ ЯК МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ ДЕГРАДОВАНИХ ҐРУНТІВ <i>К.П.Бульмага, П.А.Обух, В.М.Могилдя, Є.С.Кухарук, В.І.Стратулат (Молдова)</i>
P4/6	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НИЗЬКИХ ДОЗ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ <i>І.В.Губар (Україна)</i>
P4/7	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМУНОТОКСИЧНОЇ ДІЇ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ <i>Н.М.Дмитруха (Україна)</i>
P4/8	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕЛЬФІНОТЕРАПІЇ <i>Л.Н.Лукіна, В.В.Кулагін, К.К.Горбачова (Україна)</i>
P4/9	ПРИТУЛКИ ДЛЯ ТВАРИН ЯК ПРИКЛАД ПРАКТИЧНОЇ БІОЕТИКИ <i>Т.С.Дюбко, О.Б.Бондаренко (Україна)</i>
P4/10	ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА ДЛЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ: КОМПЛЕКСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ <i>С.В.Гозак, Т.В.Станкевич, Н.О.Кучма (Україна)</i>
P4/11	ДЕЯКІ БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРИ ВИРОБНИЦТВІ АЗБЕСТОВМІСНИХ ВИРОБІВ <i>Н.К.П'ятниця-Горпинченко (Україна)</i>
P5/1	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СЛАБКОЗОРИХ ВНАСЛІДОК ГЛАУКОМИ <i>А.Б.Мішенін (Україна)</i>
P5/2	ПРОБЛЕМА БІОЕТИКИ У КЛІНІЧНІЙ ОНКОЛОГІЇ <i>Г.О.Вакуленко, І.Р.Кужель, О.В.Калачов (Україна)</i>

21 вересня, вівторок

P5/3	ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПРАЦЮЮЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ПРОФЕСІЙНИЙ РАК <i>Д.В.Варивончик, О.І.Ременник (Україна)</i>
P5/4	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРЕРИВЧАСТОЇ ГІПОКСІЇ В МЕДИЧНІЙ ТА ФІТНЕС-ПРАКТИКАХ <i>Т.В.Серебровська, А.Серебровський (Україна)</i>
P5/5	ПИТАННЯ БІОЕТИКИ В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ <i>О.П.Гнатко, Н.О.Захаренко, О.С.Кривопустов (Україна)</i>
P5/6	ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ У ВИКЛАДАННІ ПСИХОЛОГІЇ В ПОЛЬЩІ <i>У.Контні, М. Чапка, В.Козік (Польща)</i>
P5/7	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ЦНС У ДІТЕЙ <i>Л.Г.Кирилова, О.А.Шевченко, В.І.Лисиця (Україна)</i>
P5/8	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГОВОЇ НЕІНВАЗИВНОЇ ГЕМОГЛОБІНОМЕТРІЇ У ПОСТТРАЖДАЛИХ МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ <i>І.В.Осадців (Україна)</i>
P6/1	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОТРИМАННЯ І КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ СИРОВАТКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ КРОВІ <i>О.В.Ліпіна, О.С.Прокопюк, І.Б.Мусатова, В.Ю.Трифонов, В.Ю.Прокопюк (Україна)</i>
P6/2	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ГЕННОЇ ТЕРАПІЇ <i>Е.А.Дьоміна (Україна)</i>
P6/3	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН В РЕГЕНЕРАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ <i>Л.В.Магдич, С.М.Новікова (Україна)</i>
P7/1	РОЛЬ МЕДИЧНОЇ БІОЕТИКИ В КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ <i>К.С.Першина, Т.Г.Старченко, С.Н.Коваль (Україна)</i>
P7/2	КЛІНІЧНИЙ АУДИТ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ: КОНТРОЛЬ ДОТРИМАННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ <i>А.М.Морозов, В.В.Ніколаєва, С.С.Распутняк, Л.І.Ковтун, Л.Я.Янкова, Я.В.Криворучко (Україна)</i>
P8/1	ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНЯ РИЗИКУ ПЛАНОВАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА <i>Ю.В.Думанський, Є.Ф.Барінов, А.Ю.Попович, С.В.Налетов, І.І.Зінкович (Україна)</i>
P8/2	ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «ГЕМОКОРД» У ПРОФІЛАКТИЦІ ГРИПУ У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН <i>В.В.Воліна, О.С.Онасенко, К.А.Гольцев, О.Ю.Кожина (Україна)</i>
P8/3	ЗАМІСНА НИРКОВА ТЕРАПІЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ <i>В.Н.Лісовий, Т.С.Оспанова, Н.Я.Котулевич, А.В.Лісова (Україна)</i>
P8/4	ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ НАУКОВИХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПО ВИЗНАЧЕННЮ ЛІКУВАЛЬНИХ І ТОКСИЧНИХ ЕФЕКТІВ ЛІКІВ <i>О.В.Шумейко, Н.В.Савченко, В.Ю.Дяченко (Україна)</i>
P8/5	ОСОБЛИВОСТІ БІОМЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ НАУКОВИХ РОЗРОБОК У НАУКОВОМУ ЦЕНТРІ <i>М.І.Омельянець, Т.В.Трескунова (Україна)</i>
P9/1	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗРОБКИ І ВПРОВАДЖЕННЯ КОДЕКСУ ПОВЕДІНКИ З БІОБЕЗПЕКИ ТА БІОЗАХИСТУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ МОВНИХ ФОРМ І ЗАСОБІВ ВПЛИВУ ОДНИХ ЛЮДЕЙ НА РОЗУМОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ ІНШИХ <i>П.П.Бачинський, Т.П.Цігнадзе (Україна)</i>
P9/2	ЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ <i>В.І.Чернюк, О.М.Ткаченко, В.Б.Ластовченко, І.М.Буцик (Україна)</i>

22 вересня, середа

09.00 – 11.00 Зал № 1	A2	Друга пленарна сесія Співголови: А.М.Сердюк, Д.М.Гродзинський (Україна)
	A2/1	ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ЛІКАРЯ УКРАЇНИ ТА УМОВИ ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЇ <i>Л.А.Піріг (Україна)</i>
	A2/2	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ: СВІТОГЛЯДНИЙ ДИСКУРС <i>В.І.Цимбалюк, В.В.Медведєв (Україна)</i>
	A2/3	БЕЗПЕЧНЕ ДОВКІЛЛЯ – МЕТА ГІГІЄНИ, ЕКОЛОГІЇ ТА БІОЕТИКИ <i>Д.Д.Зербіно, О.М.Колінковський (Україна)</i>
	A2/4	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В СУЧАСНІЙ ГІГІЄНІ ТА МЕДИЧНІЙ ЕКОЛОГІЇ <i>А.М.Сердюк (Україна)</i>
	A2/5	БІОЕТИКА ТА ПРОБЛЕМИ БІОРІЗНОМАНІТТЯ <i>Д.М.Гродзинський (Україна)</i>
	A2/6	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В СВІТІ ЕКОЛОГІЇ ЛЮДИНИ <i>Н.С.Крапивіна, М.С.Морозик, С.Б.Мельнов (Беларусь)</i>
11.00 – 11.30 11.30 – 13.30		Перерва Паралельні секційні засідання
11.30 – 13.30 Зал № 1	S5.2	Етика в охороні здоров'я Співголови: Л.А.Піріг, З.А.Шкіряк-Нижник (Україна)
	S5.2/1	ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ЛІКАРЯ УКРАЇНИ - РУХ ДО МОРАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ ЛІКАРСЬКОГО СПІВТОВАРИСТВА <i>В.В.Лазоришинець, Ю.І.Кундієв, Л.А.Піріг, М.В.Банчук, О.С.Мусій, Л.П.Брацюнь, О.П.Волосовець, О.М.Дзюба (Україна)</i>
	S5.2/2	БІОЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ. МЕРЕЖА КОМІТЕТІВ З ЕТИКИ - СПОЛУЧНА ТКАНИНА СОЦІУМУ <i>О.В.Гордієнко (Україна)</i>
	S5.2/3	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В НЕОНАТОЛОГІЇ <i>Н.Л.Аряєв, Ю.В.Десятська (Україна)</i>
	S5.2/4	МЕДИЧНІ ТА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ ПЕРІОДИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ПРАЦЮЮЧИХ В ШКІДЛИВИХ ТА НЕБЕЗПЕЧНИХ УМОВАХ ПРАЦІ В УКРАЇНІ <i>М.П.Соколова (Україна)</i>
	S5.2/5	ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ З ТОЧКИ ЗОРУ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ <i>О.Строгонов, Ю.Турчин (Україна)</i>
	S5.2/6	МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ ТА СЕКСУАЛЬНІСТЬ <i>С.Леткевич (Польща)</i>
	S5.2/7	ДЕЯКІ ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ <i>В.І.Медведь, Н.А.Архипова, О.О.Данилків, О.В.Ісламова (Україна)</i>
	S5.2/8	ПЕРЕХІД РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ІНТЕНСИВНОЇ НЕОНАТОЛОГІЇ ВІД ТЕХНОГЕННОГО ДО ГУМАНІСТИЧНОГО <i>Т.К.Знаменська, Т.В.Куріліна, О.А.Пояркова (Україна)</i>
	S5.2/9	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ПАЛІАТИВНІЙ ТА ХОСПІСНІЙ МЕДИЦИНІ В УКРАЇНІ <i>Ю.І.Губський, Л.П.Брацюнь, О.М.Бабійчук (Україна)</i>
	S5.2/10	ОСНОВНІ БІОЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ПРОФЕСІЙНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ <i>В.В.Синявський (Україна)</i>

22 вересня, середа

S5.2/11	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИХОДЖУВАННЯ ГЛИБОКОНЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ <i>Н.Ю.Горностаєва, Ю.В.Десятська, І.М.Шевченко, Н.В.Шевченко, Л.І.Дмитрієва (Україна)</i>
S5.2/12	БІОЕТИЧНИЙ ВИМІР КОНЦЕПЦІЇ УКРАЇНСЬКОЇ ПРАВОСЛАВНОЇ ЦЕРКВИ ЩОДО РОЗВИТКУ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ <i>Г.П.Таранюк (Україна)</i>
S5.2/13	ЕТИКА МІЖОСОБИСТИСНИХ ВІДНОСИН ЛІКАР-ПАЦІЄНТ В ЗАКЛАДАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ <i>О.А.Каштелян, В.В.Макареня, Т.Р.Воробей (Україна)</i>
S5.2/14	ЕЛЕМЕНТИ БІОЕТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ МЕТОДОМ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ, ПОЛЯРИЗОВАНИМ СВІТЛОМ, СТРУКТУРОВАНОЮ ВОДОЮ В ПЕДІАТРІЇ. РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ <i>Н.М.Марцафей (Україна)</i>
11.30 – 13.30 Зал № 2	S12.1 Симпозіум «Морально-етичні аспекти штучного переривання вагітності. Етичні та релігійні виміри початку життя людини» Співголови: М.С.Васін, Т.Ф. Татарчук, о. Августин Маркевич (Україна)
S12.1/1	ПРО ДУХОВНУ І МОРАЛЬНУ ШКОДУ ДОШЛЮБНИХ І ПОЗАШЛЮБНИХ ВІДНОСИН <i>о.Августин Маркевич (Україна)</i>
S12.1/2	ІНТЕГРАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЕТИЧНИХ ТА МОРАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ЗАЧАТТЯ ТА СТАТЕВИХ СТОСУНКІВ <i>С.Серебровський (Україна)</i>
S12.1/3	КОНТРАЦЕПЦІЯ ЯК ПРОТИДІЯ АБОРТАМ. ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА ЕТИЧНИЙ ВИМІР <i>Т.Ф.Татарчук (Україна)</i>
S12.1/4	АЛЬТЕРНАТИВА АБОРТУ ТА КОНТРАЦЕПЦІЇ – МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ПЛІДНОСТІ <i>Г.З.Самборська (Україна)</i>
S12.1/5	ПРОБЛЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ПЕРЕРИВАННІ НЕБАЖАНОЇ І НЕЗАПЛАНОВАНОЇ ВАГІТНОСТІ <i>В.П.Квашенко (Україна)</i>
S12.1/6	МЕТОДИЧНА ДОПОМОГА В ДІЯЛЬНОСТІ КАБІНЕТІВ ПЕРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ З МЕТОЮ МОТИВАЦІЇ ЖІНКИ ВІДМОВИТИСЯ ВІД ЗДІЙСНЕННЯ АБОРТУ <i>С.Р.Лещенко (Україна)</i>
S12.1/7	ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВТРАТИ ВАГІТНОСТІ У ТИХ, ЩО ДОРОСТАЛИ В РОДИНІ З ДОСВІДОМ АБОРТУ <i>К.М.Гончар (Україна)</i>
S12.1/8	КОНТРАЦЕПЦІЯ – НЕ АЛЬТЕРНАТИВА АБОРТАМ. ЕТИЧНЕ ТА БОГОСЛОВСЬКЕ ОБГРУНТУВАННЯ <i>Г.В.Кришталь (Україна)</i>
S12.1/9	МЕДИЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНОСТІ <i>Ю.Давидова (Україна)</i>
S12.1/10	ВІДМІННОСТІ МІЖ ЗАРОДКОВОЮ ТА НАРОДЖЕНОЮ ЛЮДИНОЮ <i>Б.А.Рудий (Україна)</i>
S12.1/11	П'ЯТЬ ШЛЯХІВ ДОВЕДЕННЯ ІСНУВАННЯ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ ВІД МОМЕНТУ ЗАЧАТТЯ: ПЕРСПЕКТИВИ ЗМІНЕННЯ АБОРТИВНОГО ЗАКОНОДАВСТВА В УКРАЇНІ <i>З.Серебровська (Україна)</i>

22 вересня, середа

11.30 – 13.30 Зал № 3	S3.3 Міжнародний семінар «Етичні проблеми нано- і біотехнологій»: нано і біотехнології в сільському господарстві та харчовій промисловості Голова: Я.Б.Блюм (Україна)
	S3.3/1 РОЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕКОНОМІЧНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА І РОЗВИТКУ (ОЕСР) В РЕГУЛЯЦІЇ БІО- ТА НАНОБЕЗПЕКИ <i>П. Кернс (Франція)</i>
	S3.3/2 ВІД БІОТЕХНОЛОГІЙ ДО НАНОТЕХНОЛОГІЙ: ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК У СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ <i>Я.Б.Блюм (Україна)</i>
	S3.3/3 ЕТИЧНІ ПИТАННЯ У ВИКОРИСТАННІ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЩОДО ВИВЧЕННЯ ГМО У РОСІЇ <i>П. Харченко (Росія)</i>
	S3.3/4 БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ГМО У СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ ПОЛЬЩІ <i>М. Чапка, У.Контні, В.Козік (Польща)</i>
	S3.3/5 НАНОТЕХНОЛОГІЇ В СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ <i>І.П.Капітальчук (Молдова)</i>
	S3.3/6 АГРОБІОЕТИКА І НОВІ ВИДИ «МАТЕРІАЛЬНОЇ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ» <i>Ф.Т.Нежметдинова (Росія)</i>
11.30 – 13.30 Зал № 4	RT1 Біоетичні проблеми гармонізації прав людини та прав інтелектуальної власності Модератори: Ю.Л.Бошицький, О.П.Орлюк, О.Ю.Кашинцева, Я.О.Іолкін (Україна)
	RT1/1 МЕДИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ГЕНЕЗИ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ ГАРМОНІЗАЦІЇ ПРАВ ЛЮДИНИ І ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ <i>С.Д.Максименко (Україна)</i>
	RT1/2 РОЛЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНОГО ІНСТИТУТУ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ АКАДЕМІЇ ПРАВОВИХ НАУК УКРАЇНИ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПРАВ ЛЮДИНИ В СФЕРІ БІОЕТИКИ <i>О.П.Орлюк (Україна)</i>
	RT1/3 ПАТЕНТУВАННЯ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ: МОРАЛЬНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ <i>Л.І.Работягова (Україна)</i>
	RT1/4 ПАТЕНТНА ОХОРОНА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ <i>Н.Г.Медведева (Україна)</i>
	RT1/5 ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ ТА ДОТРИМАННЯ ІНТЕРЕСІВ СУСПІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я <i>А.В.Міндрул (Україна)</i>
	RT1/6 СУДОВА ЕКСПЕРТИЗА ОБ'ЄКТІВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ В СФЕРІ ФАРМАЦЕВТИКИ <i>С.А.Петренко (Україна)</i>
	RT1/7 БІОЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК НЛП: ПСИХОЛОГІЧНІ, ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ <i>О.Ю.Кашинцева, Л.О.Шатирко (Україна)</i>
	RT1/8 КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ОХОРОНА ПРАВ НА ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ <i>А.С.Нерсисян (Україна)</i>

22 вересня, середа

RT1/9	ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ І ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ <i>О.І.Мацегорін (Україна)</i>
RT1/10	ПРАВОВІ МЕЖІ СВОБОДИ ВИБОРУ ТОРГОВЕЛЬНОЇ МАРКИ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ <i>Я.О.Іолкін (Україна)</i>
13.30 – 14.30 14.30 – 16.30	Перерва на обід Паралельні секційні засідання
14.30 – 16.30 Зал № 1	S.10.1 Міжнародний семінар «Втрачені можливості щодо здоров’я матері та дитини» Співголови: Ю.Г.Антипкін, О.А.Труш (Україна)
S10.1/1	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ЖІНОЧОГО ТА ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ <i>Ю.Г.Антипкін (Україна)</i>
S10.1/2	НАГАЛЬНІ ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ДІТЕЙ Ю.Г.Антипкін, Л.І.Омельченко, Л.В.Квашніна, О.Г.Шадрін, <i>Т.Р.Уманець (Україна)</i>
S10.1/3	ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ’Я ЖІНОК ГРУП РИЗИКУ ТА ВІЛ–ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ <i>В.В.Подольський, В.Л.Дронова, В.В.Тетерін, О.В.Луценко (Україна)</i>
S10.1/4	ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДНОСТІ <i>Т.Ф.Татарчук, Н.В.Косей, Т.М.Тутченко (Україна)</i>
S10.1/5	ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ В ПРОБЛЕМИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ТА НАРОДЖЕННІ ДІТЕЙ З ЕКСТРЕМАЛЬНО НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА, ЯКІ ІСНУЮТЬ В СВІТІ <i>Ю.Г.Антипкін, Ю.В.Давидова, Н.Ю.Бондаренко (Україна)</i>
S10.1/6	СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ДИТЯЧОЇ ГЕПАТОЛОГІЇ <i>О.М.Лук’янова, В.С.Березенко, М.Ф.Денисова (Україна)</i>
S10.1/7	ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО АБОРТУ <i>І.Б.Вовк (Україна)</i>
S10.1/8	ДУМКА ПЕДІАТРІВ ПРО ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКУ. РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ <i>А.Г.Асатрян, О.І.Кубарь, Г.Л.Микиртичан (Росія)</i>
S10.1/9	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ СУЧАСНОЇ ПЕДІАТРІЇ <i>О.П.Волосовець, С.П.Кривопустов (Україна)</i>
14.30 – 16.30 Зал № 2	S12.2 Симпозіум «Морально-етичні аспекти штучного переривання вагітності. Юридичні аспекти захисту права на життя» Співголови: Р.Ю.Гревцова, о. Ігор Бойко, о. Андрій Нагірняк (Україна)
S12.2/1	ЗАКОНОДАВЧІ МОЖЛИВОСТІ ЗАПОБІГАННЯ АБОРТАМ: УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД <i>Р.Ю.Гревцова (Україна)</i>
S12.2/2	ДУХОВНА І ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІСЛЯ АБОРТУ <i>о. Ігор Бойко (Україна)</i>
S12.2/3	ПОЗИЦІЯ РАДИ ЄВРОПИ ЩОДО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ <i>З.А.Шкіряк-Нижник (Україна)</i>
S12.2/4	ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДУХОВНО-МОРАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ ШКІЛЬНОЇ МОЛОДІ В УКРАЇНІ <i>В.М. Жуковський (Україна)</i>

22 вересня, середа

S12.2/5	ПРИРОДНЕ ПРАВО ЯК ПІДСТАВА ДЛЯ ПОЗИТИВНОГО ПРАВА НА ЖИТТЯ <i>П.Гусак (Україна)</i>
S12.2/6	ФОРМУВАННЯ В УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ УКРАЇНИ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЖИТТЯ, ЗДОРОВ’Я І СІМ’Ї <i>Т.Бойченко (Україна)</i>
S12.2/7	ДУХОВНЕ ВИХОВАННЯ В ХХІ СТОЛІТТІ: СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ В УКРАЇНІ <i>А.В. Євтодюк (Україна)</i>
S12.2/8	АБОРТИ В УКРАЇНІ ТА ЇХ ДЕМОГРАФІЧНІ НАСЛІДКИ <i>Л.І. Слюсар (Україна)</i>
S12.2/9	РОЛЬ КАТОЛИЦЬКОЇ І ПРАВОСЛАВНОЇ ЦЕРКВИ В КОНСУЛЬТАЦІЇ ІЗ ЗАХИСТУ ЖИТТЯ ДИТИНИ ВІД ЗАЧАТТЯ ДО НАРОДЖЕННЯ <i>А.Лісець (Хорватія)</i>
S12.2/10	АБОРТ – ЦЕНТРАЛЬНА ТЕМА БІОЕТИКИ <i>П.А.Павлюк (Україна)</i>
14.30 – 16.30 Зал № 3	S3.4 Міжнародний семінар «Етичні проблеми нано- і біотехнологій»: нанобіотехнології – переваги та ризики Голова: С.Б.Мельнов (Беларусь)
S3.4/1	ЧОГО ЧЕКАТИ ВІД НАНОТЕХНОЛОГІЙ? <i>М.В.Капітальчук (Молдова)</i>
S3.4/2	БІОЕТИКА І СУЧАСНІ БІОТЕХНОЛОГІЇ <i>Л.Л.Лукаш (Україна)</i>
S3.4/3	МОДЕЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ЇХ ПОЧАТКОВОГО СКРИНІНГУ <i>С.В.Репіна, О.А.Нардід, Н.Т.Картель (Україна)</i>
S3.4/4	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАНОБЕЗПЕКИ <i>О.В.Демецька (Україна)</i>
S3.4/5	ЕТИЧНІ ПИТАННЯ ПРИ ВИРОБНИЦТВІ НАНОМАТЕРІАЛІВ ТА НАНОЧАСТИНОК <i>Т.К.Кучерук, Н.А.Сальнікова, О.В.Демецька (Україна)</i>
S3.4/6	НАНОТЕХНОЛОГІЇ – БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА БІОБЕЗПЕКА <i>В.Н.Кіпень, Н.С.Крапівіна, С.Б.Мельнов (Беларусь)</i>
14.30 – 16.30 Зал № 4	S11.1 Міні-симпозіум Українського товариства клітинної біології та біотехнології у співпраці із Всеукраїнською асоціацією біологів рослин та Чорноморською біотехнологічною асоціацією «Нові біотехнології в сільському господарстві і харчовій промисловості: аналіз етичних проблем» Голова: А. Атанасов (Болгарія)
S11.1/1	ГЕНОМІКА В СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКІЙ НАУЦІ – ОКРЕМІ ЕТИЧНІ ПИТАННЯ <i>А. Атанасов (Болгарія)</i>
S11.1/2	БІОБЕЗПЕКА: КОНФЛІКТ МІЖ ПРИЙНЯТТЯМ РІШЕНЬ ТА ЗАГАЛЬНОЮ ЕТИКОЮ <i>А. Голіков (Росія)</i>
S11.1/3	НОВІ ПРОДОВОЛЬЧІ КУЛЬТУРИ ТА ЇХ СПРИЙНЯТТЯ В ЄВРОПІ <i>І. Брант (Бельгія)</i>
S11.1/4	ЕКОНОМІЧНА ТА ЕТИЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИРОЩУВАННЯ ТА ЗАБОРОНИ ГМ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ КУЛЬТУР В МАСШТАБАХ КРАЇНИ – ДОСВІД СЕРБІЇ <i>М. Мілошевич (Сербія)</i>

22 вересня, середа

	S11.1/5	ДНК-ТИПУВАННЯ, ІДЕНТИФІКАЦІЯ СОРТІВ І ЗАХИСТ АВТОРСЬКИХ ПРАВ <i>Ю. Сиволап (Україна)</i>
16.30 – 17.00 17.00 – 19.00		Перерва Паралельні секційні засідання
17.00 – 19.00 Зал № 1	S6	Етичні аспекти нових медичних технологій Співголови: О.Г.Резніков, Ф.В.Дахно (Україна)
	S6/1	ЕТИКА ТА ЗАКОНОДАВСТВО В РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ - ЩО НЕПОКОЇТЬ СУСПІЛЬСТВО? <i>В.Д.Зукін (Україна)</i>
	S6/2	ЕТИКА ДОНАЦІЇ ГАМЕТ ТА ЕМБРІОНІВ <i>Ф.В.Дахно (Україна)</i>
	S6/3	ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ МЕДИЦИНИ <i>О.Г.Резніков (Україна)</i>
	S6/4	ПРОБІОТИКИ: БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ <i>В.П.Широбоков, Д.С.Янковський, Г.С.Димент (Україна)</i>
	S6/5	БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ПРОТИПУХЛИННИХ ВАКЦИН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ <i>Г.П. Потебня, Т.В.Симчич, І.М.Воєйкова (Україна)</i>
	S6/6	ДЕЯКІ ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЕМБРІОНАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН <i>М.Е.Гурильова (Росія)</i>
	S6/7	ЕТИКА ТА БЕЗПЕКА РОДИННОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ <i>А.А.Костенко (Україна)</i>
	S6/8	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ КРІОКОНСЕРВАЦІЇ ГАМЕТ, ЕМБРІОНІВ І РЕПРОДУКТИВНИХ ТКАНИН <i>Ф.В.Дахно (Україна)</i>
17.00 – 19.00 Зал № 2	S9.1	Методологічні аспекти розповсюдження знань з біоетики, кодекси поведінки з біобезпеки та біозахисту Співголови: С.В.Комісаренко, О.П.Волосовець (Україна)
	S9.1/1	ПОТРЕБА У ПОЛІПШЕННІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО ВИКЛАДАННЯ СУЧАСНИХ АСПЕКТІВ БІОЕТИКИ ЯК ЧАСТИНИ КУЛЬТУРИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я <i>О.З.Децик, Н.І.Кольцова, Н.Б.Федорків (Україна)</i>
	S9.1/2	ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИЙ КУРС З БІОЕТИКИ, ЗАСНОВАНИЙ НА БАЗОВІЙ НАВЧАЛЬНІЙ ПРОГРАМІ ЮНЕСКО <i>Б.Г.Юдін (Росія)</i>
	S9.1/3	МЕТОДОЛОГІЯ І МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ БІОЕТИКИ В КОНТЕКСТІ ПРОЕКТУ ЮНЕСКО <i>Т.В.Мішаткіна (Беларусь)</i>
	S9.1/4	ДОСВІД ФОРМУВАННЯ БІОЕТИЧНОЇ СВІДОМОСТІ У МОЛОДИХ УЧЕНИХ <i>М.О.Кірьянов, В.Н.Левіна (Росія)</i>
	S9.1/5	ДІЯЛЬНІСТЬ КОМІТЕТІВ З БІОЕТИКИ В МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ ПОЛЬЩІ <i>В. Козік, М. Чапка, У.Контні (Польща)</i>
	S9.1/6	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ВИМІР ГЛОБАЛЬНОЇ БІОЕТИКИ <i>А.І.Єшану (Молдова)</i>
	S9.1/7	ПРЕДМЕТ «БІОЕТИКА» ЯК АСПЕКТ ПРИЩЕПЛЕННЯ ЗНАНЬ <i>М.М.Якубова (Таджикістан)</i>

22 вересня, середа

	S9.1/8	ЗНАЧЕННЯ КУРСУ «БІОЕТИКА» У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ БІОЛОГІЇ <i>А.В.Степанюк, О.С.Троцька (Україна)</i>
	S9.1/9	ПЕРСОНАЛІСТИЧНА БІОЕТИКА В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ <i>с. Д. - Г.Т.Терешкевич (Україна)</i>
17.00 – 19.00 Зал № 3	RT2	Етичні та правові аспекти біомедичних досліджень: досвід України у світовому контексті Модератори: І.Г.Галь (Росія), Р.Ю.Гревцова, Т.В.Талаєва (Україна)
	RT2/1	АКТУАЛЬНІ ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ПИТАННЯ ПРОВЕДЕННЯ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЗА УЧАСТЮ ЛЮДИНИ: ДОСВІД УКРАЇНИ У ЄВРОПЕЙСЬКОМУ КОНТЕКСТІ <i>Р.Ю.Гревцова (Україна)</i>
	RT2/2	ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ <i>Т.В.Талаєва, О.В.Сілантьєва (Україна)</i>
	RT2/3	ЗМІНИ У НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ РЕГУЛЮВАННІ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ ТА ЇХ ВІДПОВІДНІСТЬ МІЖНАРОДНИМ ПРИНЦИПАМ <i>А.М.Зелінський (Україна)</i>
	RT2/4	АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У РОСІЙСЬКІЙ ФЕДЕРАЦІЇ <i>І.Г.Галь (Росія)</i>
	RT2/5	ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЗА УЧАСТЮ ЗДОРОВИХ ДОБРОВОЛЬЦІВ <i>І.А.Зупанець (Україна)</i>
	RT2/6	ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЦЕБО: ЕТИКО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ <i>З.С.Скалецька (Україна)</i>
	RT2/7	ПРОБЛЕМИ СПІВВІДНОШЕННЯ ПОТРЕБ ПАЦІЄНТА ТА ІНТЕРЕСІВ БІЗНЕСУ ПРИ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ <i>І.А.Власенко (Україна)</i>
	RT2/8	ЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПАЦІЄНТА (ДОБРОВОЛЬЦЯ В КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАННЯХ) <i>О.Г.Рогова (Україна)</i>
	RT2/9	РОЛЬ ОРГАНІЗАЦІЙ ПАЦІЄНТІВ У ВИРІШЕННІ ЕТИЧНИХ ТА ПРАВОВИХ ПРОБЛЕМ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ <i>В.Д.Очеретенко (Україна)</i>
17.00 – 19.00 Зал № 4	S.11.2	Міні-симпозіум Українського товариства клітинної біології та біотехнології у співпраці із Всеукраїнською асоціацією біологів рослин та Чорноморською біотехнологічною асоціацією «Етичні аспекти оцінки ризиків використання ГМО з точки зору екології» Голова: О.Голіков (Росія)
	S11.2/1	ЕКОЛОГІЧНА ОЦІНКА РИЗИКІВ ПРИ ВИВІЛЬНЕННІ БІОТЕХНОЛОГІЧНИХ ПРОДУКТІВ: ДОСВІД КАНАДИ <i>Ф.Макдональд (Канада)</i>
	S11.2/2	НАУКОВО ОБГРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ ЕКОЛОГІЧНОГО РИЗИКУ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ КУЛЬТУР, ОТРИМАННИХ ЗА ДОПОМОГОЮ СУЧАСНИХ БІОТЕХНОЛОГІЙ <i>Т.Ніксон (США)</i>

	S11.2/3	БЕЗПЕКА НОВИХ ВИДІВ ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНИХ ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ ТА ОСТАННІ ТЕНДЕНЦІЇ В РЕГУЛЯЦІЇ ГМ КУЛЬТУР У ЄВРОПЕЙСЬКОМУ СОЮЗІ <i>К.Амманн (Швейцарія)</i>
	S11.2/4	БІОБЕЗПЕКА ТА ЕТИКА ВИКОРИСТАННЯ ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНОЇ СОЇ В МІСЦЯХ ЇЇ ПОХОДЖЕННЯ <i>Д.Дорохов (Росія)</i>
	S11.2/5	ПОТЕНЦІАЛ ВИРОЩУВАННЯ ТРАНСГЕННИХ ЗЕРНОВИХ КУЛЬТУР В УКРАЇНІ: ОЦІНКА ЕКОЛОГІЧНОГО РИЗИКУ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПЕРЕНЕСЕННЯ ГЕНІВ <i>О.Новожилов (Україна)</i>
19.00 – 20.00		Перерва на вечерю
20.00 – 21.30 Зал № 1	S3-PD	Міжнародний семінар «Етичні проблеми нано- і біотехнологій»: міждисциплінарний характер нанотехнологій. Конструктивна взаємодія між науковцями різних спеціальностей при розробці і реалізації національних програм в галузі нанотехнологій (пленарна дискусія) Модератор: Ю.І.Кундієв

23 вересня, четвер

09.00 – 11.00 Зал № 1	A3	Третя пленарна сесія Співголови: В.І.Грищенко, І.М.Трахтенберг (Україна)
	A3/1	ЕТИКА І СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ КЛІТИННОЇ І ТКАНИННОЇ ТЕРАПІЇ <i>В.І.Грищенко, А.М.Гольцев, А.М.Компанієць (Україна)</i>
	A3/2	КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ В ОБЛАСТІ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ <i>Дж.Епплярд (Великобританія)</i>
	A3/3	ВАКЦИНОЛОГІЯ І БІОЕТИКА <i>А.Ф.Фролов, В.І.Задорожна, Г.В.Мойсєєва (Україна)</i>
	A3/4	БІОЕТИКА ТА ГІГІЄНА ДИТЯЧОЇ ПРАЦІ <i>В.О.Коробчанський (Україна)</i>
	A3/5	ЖИВОТІННЯ НАУКИ... ДОКИ? <i>В.М.Локтев, І.М.Трахтенберг (Україна)</i>
	A3/6	ЗНАЧЕННЯ БІОЕТИКИ У БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ ЛІКАРЯ <i>В.В.Лазоришинець, М.В.Банчук, О.П.Волосовець, І.С.Вітенко, І.Є.Булах, Ю.С.П'ятницький, І.В.Мельник (Україна)</i>
11.00 – 11.30 11.30 – 13.30		Перерва Паралельні секційні засідання
11.30 – 13.30 Зал № 1	S10.2	Міжнародний семінар «Втрачені можливості щодо здоров'я матері та дитини» Співголови: М.Д.Тронько, О.А.Труш (Україна)
	S10.2/1	НАСЛІДКИ ЙОДОДЕФИЦИТУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ <i>М.Циммерманн (Швейцарія)</i>
	S10.2/2	АКТУАЛЬНІ МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЙОДОДЕФИЦИТОМ В УКРАЇНІ <i>М.Д.Тронько, В.І.Кравченко (Україна)</i>

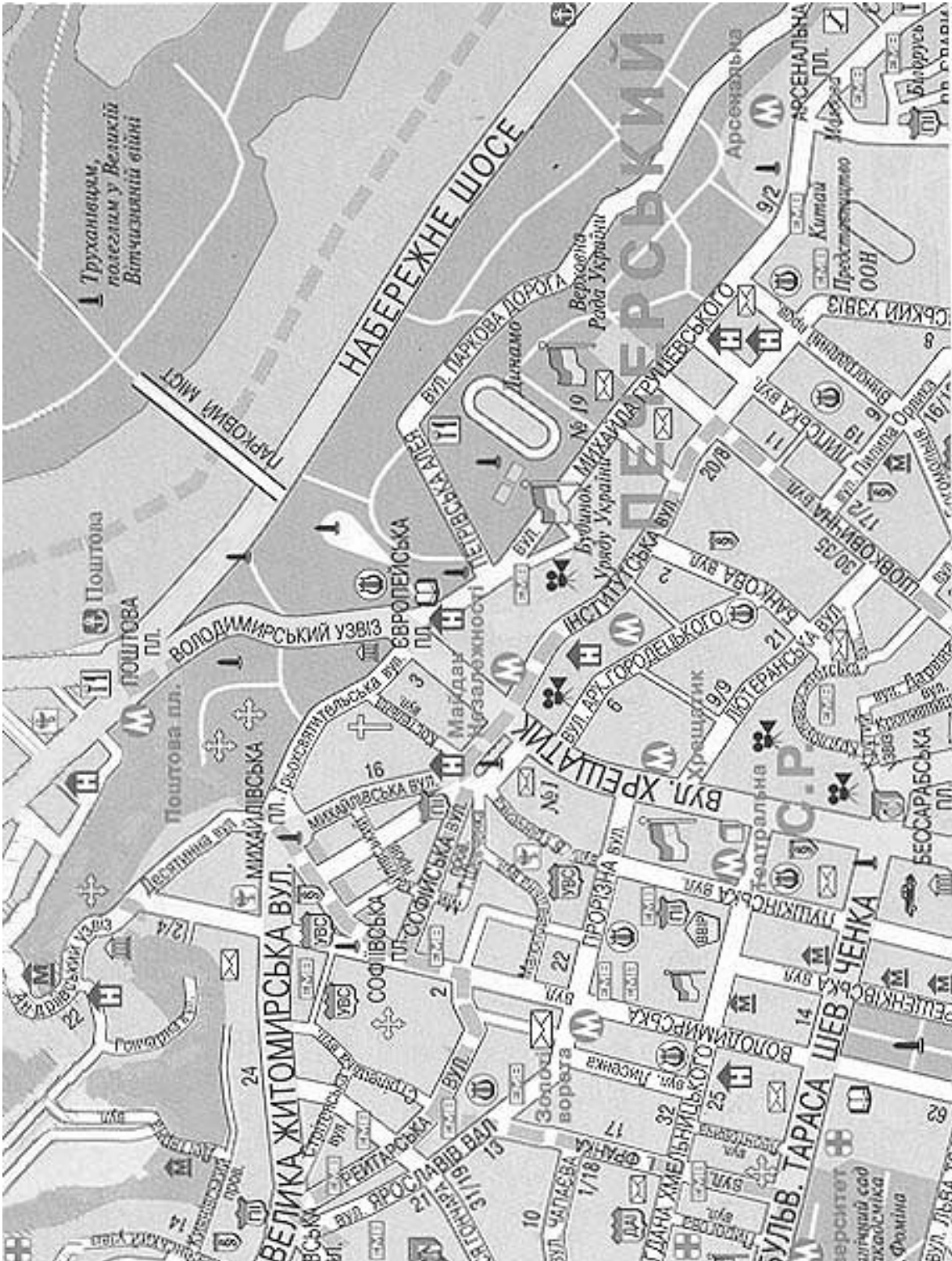
23 вересня, четвер		
	S10.2/3	СТРАТЕГІЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТУ <i>Ф.Ван дер Хаар (США)</i>
	S10.2/4	СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛІКВІДАЦІЇ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТУ <i>О.А.Труш (Україна)</i>
	S10.2/5	ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТУ ПРИ ВАГІТНОСТІ <i>В.І.Кравченко (Україна)</i>
	S10.2/6	ПРОБЛЕМИ ЙОДОДЕФИЦИТУ ТА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>В.І.Боцюрко (Україна)</i>
	S10.2/7	ЙОДОДЕФИЦИТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА СХОДІ УКРАЇНИ <i>М.Є.Маменко (Україна)</i>
	S10.2/8	ЙОДНА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ МАТЕРІВ-ГОДУВАЛЬНИЦЬ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ В УМОВАХ СЛАБКОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТУ <i>Н.В.Тананакіна (Україна)</i>
	S10.2/9	ПРОБЛЕМА ЙОДНОГО ДЕФИЦИТУ В ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ШЛЯХИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МАСОВОЇ ЙОДНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ <i>О.І.Осадців (Україна)</i>
	S10.2/10	СТАН ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ <i>В.Г.Пирогова (Україна)</i>
	S10.2/11	БІОЕТИЧНІ ПІДХОДИ ПРИ ВИБОРІ ТА ЗАСТОСУВАННІ ЗАСОБІВ ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ <i>В.Н.Корзун, О.Д.Петренко (Україна)</i>
	S10.2/12	БІОЕТИЧНІ ПИТАННЯ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТУ ТА ГІПОТИРЕОЗУ В РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ <i>Н.В.Скрипник (Україна)</i>
11.30 – 13.30 Зал № 2	S9.2	Методологічні аспекти розповсюдження знань з біоетики, кодекси поведінки з біобезпеки та біозахисту Співголови: С.В.Комісаренко, О.П.Волосовець (Україна)
	S9.2/1	УНТЦ І ПИТАННЯ БІОЗАХИСТУ/БІОБЕЗПЕКИ В КРАЇНАХ-УЧАСНИЦЯХ ГУАМ <i>К.О.Ніжерадзе (Україна)</i>
	S9.2/2	МІСЦЕ СОЦІАЛЬНОГО РИЗИКУ В СТРАТЕГІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ ЛЮДИНИ: БІОЕТИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ <i>Д.К.Кобзак (Молдова)</i>
	S9.2/3	ЕЛЕМЕНТИ БІОЕТИКИ В ОСВІТІ БІОЛОГІВ <i>М.В.Капітальчук (Молдова)</i>
	S9.2/4	ІСТОРИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ТРАЄКТОРІЇ РОЗВИТКУ БІОЕТИКИ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ <i>Т.М.Цирдя (Молдова)</i>
	S9.2/5	МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОЕКТУВАННЯ КОДЕКСІВ В ГАЛУЗІ БІОЕТИКИ <i>В.Й.Бакштановський (Росія)</i>
	S9.2/6	РЕАЛІЗАЦІЯ БІОЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ У ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ ЯК ЗАСІБ ГУМАНІЗАЦІЇ ОСВІТИ <i>Г.Я.Жирська (Україна)</i>
	S9.2/7	ВПРОВАДЖЕННЯ КОДЕКСІВ З ПИТАНЬ БІОБЕЗПЕКИ ТА БІОЗАХИСТУ <i>О.О.Кисіль (Україна)</i>

23 септембрія, четверг

	S9.2/8	СЕРТИФІКАТНА ПРОГРАМА З БІОЕТИКИ «НА СЛУЖБІ ОХОРОНИ ЖИТТЯ» <i>І.Бойко (Україна)</i>
11.30 – 13.30	S8	Етичні аспекти біомедичних досліджень Співголови: В.Л.Кулініченко, В.М.Коваленко (Україна)
Зал № 3		
	S8/1	МЕТОДОЛОГІЯ БІОЕТИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ <i>В.Л.Кулініченко (Україна)</i>
	S8/2	ДОСВІД РОБОТИ КОМІСІЇ З ПИТАНЬ ЕТИКИ ТА БІОЕТИКИ ХМНУ <i>Т.С.Оспанова, В.В.Мясоєдов, Є.А.Болокадзе (Україна)</i>
	S8/3	ПРИНЦИПИ НАЛЕЖНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ПРАКТИКИ В РЕАЛІЗАЦІЇ БІОЕТИЧНИХ НОРМ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДОКЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ <i>В.М.Коваленко (Україна)</i>
	S8/4	ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ДОКЛІНІЧНИХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ХІРУРГІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ <i>Ю.О.Фурманов, М.Є.Ничитайло, І.М.Савицька, В.Г.Терехов, О.А.Гейленко, Н.В.Дьячкова (Україна)</i>
	S8/5	ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТОКСИКОЛОГІЇ <i>М.М.Коршун (Україна)</i>
	S8/6	ТВАРИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ОРТОПЕДІЇ І ТРАВМАТОЛОГІЇ <i>Г.В.Іванов (Україна)</i>
	S8/7	ВИЗНАЧЕННЯ БІОЕКВІВАЛЕНТНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УМОВАХ IN VITRO <i>Н.В.Добреля, А.І.Соловйов, Т.А.Карацуба, С.М.Тішкін (Україна)</i>
	S8/8	ЗИГОТА - НОСІЙ ОКРЕМОГО ЖИТТЯ (СТИСЛА АПОЛОГІЯ) <i>В.В.Медведєв (Україна)</i>
	S8/9	ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ – УЧАСНИКІВ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ <i>О.Л.Апихтіна, Я.Ф.Радиш (Україна)</i>
	S8/10	ЗАКОНОДАВЧІ ОСНОВИ ЗАХИСТУ ПРАВ ГРОМАДЯН НА ЗДОРОВ'Я ПРИ ПРОВЕДЕННІ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В РЕСПУБЛІЦІ КАЗАХСТАН <i>С.А.Аяганов, Б.Є.Саримсакова (Казахстан)</i>
11.30 – 13.30	IWS	Міжнародна робоча група з питань співробітництва у сфері біоетики Модератори: Ю.І.Кундієв (Україна), Мелоді Лін (США), О.С.Созінов (Росія)
Зал № 4		
13.30 – 14.30		Перерва на обід
14.30 – 16.30	A4	Четверта пленарна сесія (загальна дискусія, прийняття підсумкових документів, закриття Конгресу, прес-конференція)

Теплохід «ЗІРКА ДНІПРА» буде пришвартований біля Річкового вокзалу (станція метро «ПОШТОВА ПЛОЩА»)

МАПА ЦЕНТРАЛЬНОЇ ЧАСТИНИ КИЄВА



ПЛЕНАРНІ СЕСІЇ

A1/O БІОЕТИКА – ШЛЯХ ДО БІЛЬШ БЕЗПЕЧНОГО МАЙБУТЬОГО

Ю.І. Кундієв

*Інститут медицини праці НАМН України
Київ, Україна*

За рішенням організаційного комітету IV Національний конгрес з біоетики присвячується світлій пам'яті знаного у всьому світі, видатного вченого в галузі молекулярної нейрофізіології академіка Костюка Платона Григоровича. Він встановив біофізичну та хімічну природу основних процесів, які відбуваються в нервових клітинах. Це та галузь, де точаться найбільш гострі дискусії між еволюціоністами та креаціоністами. Він особисто і представники його школи завжди були і залишаються взірцем наукової етики та біоетики. П.Г. Костюк був не тільки носієм високих моральних принципів, він постійно відстоював їх у своїй науковій та громадській діяльності.

За час, що минув після III Національного конгресу в науковому житті у цілому світі і в Україні відбулося чимало визначних подій, які потребують філософського та біоетичного узагальнення, виникло чимало моральних конфліктів, які завжди породжує високотехнологічний розвиток біомедицини. Насамперед, це бурхливий розвиток синтетичної біології, яка має на меті конструювання або реконструювання біологічних систем чи їх компонентів. Над цією проблемою зараз працюють десятки провідних лабораторій світу. Серед них Національна лабораторія в Лос-Аламосі, Університет Принстона, Масачусетський технологічний інститут, Університет Бостона, Приватний інститут Крейга Вентера та багато інших.

У травні цього року було офіційно повідомлено, що група вчених із Інституту Крейга Вентера, роботу яких координував проф. Деніел Гібсон, вперше повністю створили хромосому із 1,08 мільйонів нуклеотидних пар і трансплантували її в клітину, ця штучна хромосома взяла під контроль клітину і практично пере-

творила її в істоту нового виду, вона повністю почала визначати її властивості.

Для цього експерименту, який «взбудоражив» весь світ, була обрана бактеріальна клітина *Mycoplasma mycoides*. Штучна бактерія живе в лабораторії у спеціальному середовищі і, навіть, самостійно розмножується, але в зовнішньому середовищі, поки що, вижити не може. Керівник цього проекту Крейг Вентер заявив: «Ми створили нове життя на базі уже існуючого. За допомогою синтетичної ДНК перепрограмуємо клітини, перетворюючи їх в нові із заданою ДНК». Звичайно наука, як завжди, буде намагатися використовувати нові знання для блага людства, але історичний досвід свідчить про те, що неможливо виключити використання нового відкриття з злочинною метою. Тут відкривається дорога для маніпулювання життям у масштабах, які раніше вважалися недосяжними. Отже, мова йде про те, що цілком реальним стає проектування живих систем з властивостями, які можна замовляти, інакше кажучи, програмувати організми, очікується, що приблизно через один рік, максимум півтора, в Інституті Крейга Вентера буде створено повністю штучне найпростіше життя.

Вчені, які працюють в цій галузі, вдаються до наступної аналогії – точно так, як електронні прилади складаються із транзисторів і діодів, геном клітини можна створювати із окремих фрагментів ДНК (вони навіть дістали назву біоцеглин Bio Brick). У Масачутетському технологічному інституті їх створено 140 одиниць.

Перед нами яскравий приклад, коли «небезпечне знання» нарощує свій потенціал значно швидше ніж мудрість, яка край необхідна, щоб управляти та використовувати це знання.

Деякі громадські діячі, представники Ватикану стурбовані цими процесами. Вони вимагають – «негайно покласти край анархії науки». Самі дослідники, добре розуміючи небезпеку, шукають додаткові регулятивні заходи в цій галузі. Тому що, на їх думку, існуючих абсолютно недостатньо. Цілком очевидно, вирішальним може бути тільки саме широке впровадження у цій галузі принципів біоетики, не обійдеться

ся також без регулювання законом. Фахівці з управління ризиками із Harvard School of Public Health цілком справедливо вважають, що ці експерименти можуть викликати неабияке збурення громадської думки. Біоетика повинна дати відповідь на ці нові виклики часу.

Повною мірою це стосується також проведення оцінки впливу наноматеріалів та нанотехнологій на людину та навколишнє середовище.

Сьогодні весь світ сподівається, що нанотехнології стануть вирішальним чинником, який буде визначати подальше життя людства, очікуються фантастичні результати від впровадження їх у медицину. В той же час часто забувається про можливість непередбаченого впливу на людину та її геном, нехтується досить проста істина – в світі немає нічого ідеального. Тому потрібен ретельний аналіз не тільки науково-технічної, а й морально-етичної складової досягнень та подальшого розвитку нанотехнологій. Розвиток таких напрямків як нанонебезпека, нанотоксикологія не повинні бути другорядними. Саме біоетика повинна зламати існуючий стереотип, коли технології, навіть самі привабливі, широко впроваджуються без попереднього глибокого і всебічного вивчення.

На наших попередніх конгресах у 2004-2007 роках приділялося належної уваги проблемі використання стовбурових клітин. Тоді учасники з тривогою говорили про те, що тут комерційні інтереси випереджають наукові дослідження і це завдає неабиякої шкоди перспективним біомедичним технологіям. Один відомий західний дослідник з цього приводу досить вдало сказав: «Перспективи цього напрямку безмежні, але, поки що, навколо нього багато туману». Розвіяти цей туман можуть тільки фундаментальні і прикладні наукові дослідження. Але, як і раніше, тут, на жаль, попереду комерсанти від медицини, які на стражданнях і довірливості людей заробляють шалені гроші. На десятках і сотнях сайтів в інтернеті вам пропонують лікування найбільш тяжких хвороб, омолодження і інші фантастичні результати. Звичайно ніяких пояснень, ніяких гарантій. А стосовно цін все досить чітко: курс омолодження – 30 тис. євро, лікування інсульту – півмільйона, а раку – ще більше.

А що ж реально доведено науковими дослідженнями? Самі переконливі результати зараз є в онкогематології. Пересадка кісткового мозку – це і є ні що інше, як введення здорових стовбурових клітин, які забезпечують організм здоровими клітинами крові. Метод широко використовується, не дивлячись на те, що донорів не вистачає. В Україні свого часу були

створені належні умови, підготовлена належна база, є кадри, але систематичної діяльності в цьому напрямку не проводиться із-за постійного браку коштів.

Уклінічну практику увійшло застосування пуповинної крові. Випробовування проводилися на Заході і у провідних клініках Російської Федерації, таких як Центральний військовий госпіталь ім. Бурденко, Центр психічного здоров'я РАМН, Інституту мозку РАМН та інш. При паркінсонізмі, хворобі Альцгеймера, черепно-мозковій травмі, дитячому церебральному паралічу фахівці оцінюють результати досить стримано, хоча і з певним оптимізмом. Позитивний ефект зберігається протягом 5-7 місяців, в окремих випадках до одного року. Основний висновок, який зробили всі керівники цих програм – дослідження треба продовжувати.

В Україні значний досвід накопичено в Інститутах нейрохірургії, невідкладної та відновної хірургії АМН, фундаментальні дослідження здійснюються у недавно створеному Інституті медичної генетики та регенеративної медицини АМН України.

Тепер в багатьох країнах застосування стовбурових клітин регулюється відповідними законами. Дозвіл на використання цих технологій отримують тільки окремі установи. Намагання регулювати будь-яку діяльність з використанням стовбурових клітин викликає безліч дискусій. Ясно одне – надмірне адміністрування може завдати непоправної шкоди розвитку науки в цій галузі, а безконтрольне використання у комерційних цілях тільки дискредитує метод. Свобода дій в цій галузі поки що неможлива, тому що вчені та лікарі не до кінця відчувають свою відповідальність, а коли мова йде про ринкові відносини, то вона значно зростає.

Не можна обійти увагою проблему генетично модифікованих організмів, їй на конгресі будуть присвячені спеціальні секційні засідання. Зараз хотів би наголосити на тому, що це є приклад того, як надмірне втручання політиків і зацікавлених бізнесових кіл заважає прийняти науково обґрунтоване рішення та зробити відповідні біоетичні висновки. Чого тільки вартий проект Закону про Україну, як вільну зону від ГМО? Більшого безглуздя уявити неможливо. Це означає позбавити Україну сучасних біотехнологій, ефективних ліків, які отримуються завдяки їм. Мені особисто це нагадує лисинківщину.

У 2010 році весь світ відзначає своєрідний ювілей. Тридцять років тому людство було позбавлено від одної з найбільш страшних хвороб – віспи. Ця хвороба вбивала людей, робила їх сліпими, спотворювала. Від цієї хвороби ніколи не було ефективних ліків. Її ліквідація – це

результат не лікування, а профілактики, яка була здійснена шляхом програми широкої імунізації. Це також свято біоетики. За короткий період було провакциновано з дотриманням біоетичних правил сотні мільйонів людей. Слід зауважити, що ініціювали цю програму російські і українські епідеміологи під керівництвом великого вченого академіка Л.В.Громашевського.

У зв'язку з цим весь світ не тільки відзначає торжество вакцинації, а й робить висновки, щодо подальших дій в охороні здоров'я населення всього світу. На жаль, в Україні сталася дещо інша ситуація. По-перше, зараз Україна немає виробництва власних вакцин, вона безвідповідально втратила свій потенціал. І тепер мабуть одне з найактуальніших питань – це розвиток власних біотехнологій і, зокрема, виробництво вакцин. Поки що ми змушені закуповувати вакцини в інших країнах, належним чином випробовувати їх та здійснювати державну реєстрацію. Це надзвичайно відповідальна робота, вона вимагає дотримання правил, які передбачені законодавством. Нехтування ними може призвести до небажаних результатів.

Змушений нагадати прикрий випадок смерті, який дехто пов'язує з вакцинацією. У цій історії було чимало порушень біоетичних принципів. Була відсутня біоетична експертиза, починаючи від реєстрації вакцини індійського виробництва до її застосування. Установам охорони здоров'я в центрі і на місцях бракувало відкритості. Все це дало привід засобам масової інформації і навіть деяким медичним працівникам для розгортання антивакцинальної компанії. Вона набула загрозливих результатів. Члени організаційного і програмного комітетів вважають, що одне з основних завдань нашого конгресу полягає в тому, що б покласти край цій компанії і чітко заявити всьому суспільству про те, що вакцинація є безальтернативною у справі профілактики багатьох інфекційних хвороб. Якщо ми цього не зробимо, то неминучими будуть епідемічні спалахи. За офіційними даними, тільки 32 % батьків впевнені у необхідності вакцинації. Учасники конгресу, на нашу думку, з цього приводу повинні зайняти чітку позицію: відмова від вакцинації у переважній більшості випадків, це порушення права дитини бути здоровою.

Серед найбільш важливих питань, які потребували постійної уваги комітетів з біоетики, були і залишаються клінічні випробовування ліків. Загально відомо, що участь в них завжди супроводжується ризиком для здоров'я та благополуччя людей, які залучаються до цих досліджень.

Принцип, який стверджує біоетика, зали-

шається незмінним – ні інтереси фармацевтичної компанії, ні інтереси окремого вченого чи науки в цілому не повинні бути вище прав і безпеки людини.

В Україні останнім часом цьому напрямку приділялася належна увага. Було здійснено низку заходів щодо оптимізації системи етичної експертизи у наукових дослідженнях лікарських засобів на етапі клінічних випробовувань. Не дивлячись на це, невирішених питань залишається чимало. Кількість клінічних випробовувань з року в рік зростає, зростає також кількість суб'єктів, які долучаються до них. У минулому році їх було більше 35 тисяч осіб. А таке болюче питання, як страхування їх життя належним чином, залишається невирішеним. В Україні ця страховка компаніям обходиться в сотні і тисячі разів дешевше, чим на Заході. Ми майже нічого не робимо для того, щоб зупинити фармацевтичну агресію. Сьогодні фармбізнес за обсягом перевищує торгівлю зброєю і продовжує невпинно зростати. Зрозуміло, що нові, більш ефективні ліки, повинні коштувати дорожче. Разом з тим, немає відповіді на питання чи завжди є справедливим співвідношення ціна – якість, чи завжди новий препарат на стільки кращий від генерика, на скільки він дорожчий.

Реклама ліків засобами масової інформації в Україні вийшла за рамки здорового глузду, часто вона непристойна. Наше завдання полягає в тому, щоб всіляко сприяти прийняттю відповідного закону про заборону реклами ліків Верховною Радою. Згадаємо, який супротив з боку фармбізнесу викликала спроба ввести порядок відпуску ліків за рецептами, який існує у цивілізованому світі. Міністр охорони здоров'я змушений був піти у відставку.

На жаль, ми повинні констатувати прикрий факт, що в ринкових відносинах, які склалися в Україні, відстоювати біоетичні принципи надзвичайно складно. Не дивлячись на це, ми повинні і на далі намагатися зберегти культурні традиції в часи моральної деградації суспільства.

A1/1 ГЛОБАЛІЗАЦІЯ І ЕТИКА: НОВІ ЗАВДАННЯ ВЛАДИ

В.В.Костицький

Кабінет Міністрів України

Київ, Україна

1. Ідея глобального громадянського суспільства бере свої джерела в концепціях світового громадянства, міжнародного співтовариства, світового суспільства від І. Канта, який говорив

про виникнення права світового громадянства (*jus cosmopoliticum*), що з'єднує громадян і держави у вищу республіканську співдружність держав – універсальне громадянське існує, коли група держав, усвідомлюючи деякі спільні інтереси і цінності, формує суспільство в тому сенсі, що вони усвідомлять себе зв'язаними загальним набором правил у взаємовідношеннях один з одним.

Світове громадянське суспільство організується на інших принципах у порівнянні з національним громадянським суспільством. Глобальне громадянське суспільство створюється на основі цінностей та інститутів поза національними суспільствами, державами, політиками і економіками.

2. Необхідність врахування формування світового громадянського суспільства обумовлена не тільки відродженням цієї концепції, але й усвідомленням вразливості сучасної соціосистеми, започаткованим рухом борців за мир та рухом зелених, поширенням думки, що з розпадом комуністичної системи у світі створюється новий світовий порядок, формуванням єдиного інформаційного простору та потреби у єдиній інформаційній культурі, перетворенням особи у громадянина світу та утвердженням домінант прав і свобод індивіда як умови розвитку сучасного суспільства. В умовах глобалізації значних впливів зазнає інститут держави, яка змінює свої функції, втрачає монополію на владні функції, по відношенню до суспільства, зазнає децентралізації. В цих умовах зберігається тенденція до збільшення числа незалежних держав, недержавні суб'єкти економіки і політики перебирають на себе певні функції, які раніше виконувалися державою, активізуються зусилля держав зі створення системи глобального управління, що змінює систему прийняття державних рішень, обумовлює консолідацію держав у вирішенні наднаціональних проблем. Глобалізація обумовлює підвищені вимоги до компетенції державного керівництва, до результативності діяльності держави у сфері культури, освіти, захисту суспільної моралі.

3. Постановка питання про віднесення державно-владної діяльності до певного окремого напрямку та виокремлення його у якості функції держави передбачає наявність чотирьох факторів:

1) наявність певної окремої важливої групи суспільних відносин, що потребують регулювання з боку держави. Сьогодні ми маємо підстави стверджувати, що питання захисту суспільної моралі виокремилися в окрему важливу групу суспільних відносин в силу формування глобального інформаційного суспіль-

ства, у якому стирається грань між реальністю та віртуальним світом, небезпеками деформацій світоглядних основ нового покоління у силу впливу засобів масової комунікації. Телебачення, радіо, Інтернет, друковані засоби масової інформації, ринок відеопродукції оволоділи світом, стали місцем праці мільйонів людей, джерелом формування громадської думки та визначальним фактором у виборчих перегонах, фінансових операціях, соціальних процесах, промислових війнах, військових операціях, міжнародних відносинах, культурному розвитку.

2) Соціальний запит на регулятивну роль держави у тій чи іншій сфері суспільних відносин. За даними соціологічних опитувань 51,4 % опитаних вважають стан моралі загрозливим національній безпеці країни; майже 59% опитаних у силу стурбованості негативним впливом інформаційної сфери на духовний розвиток суспільства, на морально-психологічний стан молоді і дітей вимагають запровадження моральної цензури; 23% українських респондентів готові до повної заборони показу програм/фільмів з елементами насильства та жорстокості; 37% вважають, що показ відповідних програм/фільмів має відбуватися лише на спеціалізованих каналах, які необхідно оплачувати додатково; 34% допускають демонстрацію таких програм/фільмів лише у нічний час, і тільки 6% респондентів відповіли, що не вбачають необхідності у будь-яких змінах цієї ситуації.

3) Наявність системи правових норм, які регулювали б ці суспільні відносини, пов'язані із здійсненням тієї чи іншої функції держави. На сьогоднішній день конституційно-правові норми про захист честі і гідності особи (статті 3, 28 Конституції України), невтручання у приватне життя (стаття 32), захист дитинства (стаття 52), захист державою прав і свобод особи (стаття 55), встановлений в «Економічній конституції» – Цивільному кодексі України (частина IV статті 13 – обов'язок фізичних і юридичних осіб дотримуватись морально-етичних засад суспільства, з одного боку, свобода слова та інформаційної діяльності (стаття 34 Конституції України), свобода підприємницької діяльності (стаття 42), свобода творчого самовираження (стаття 54) та заборона цензури (стаття 13) складають «правовий коридор», у якому має реалізовуватися функція держави у сфері захисту суспільної моралі відповідно до Закону України про захист суспільної моралі».

4) Наявність системи державних органів та інститутів громадянського суспільства, здатних реалізувати функцію держави, пов'язану із захистом суспільної моралі. Такими на сьогодні є Міністерство культури і туризму України,

Міністерство у справах сім'ї, молоді і спорту України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство юстиції України, Міністерство освіти і науки України, Служба безпеки України, Національна рада з питань телебачення і радіо України, Держкомспоживстандартзахист України, Державний комітет у справах телебачення і радіо України, Національна експертна комісія України з питань захисту суспільної моралі. Прокурорський нагляд за дотриманням законодавства у цій сфері покладений на Генеральнц прокуратуру України. Їхня діяльність має бути спрямована на забезпечення дотримання етичних стандартів, зрозумілих, доступних та загальноприйнятих у всіх цивілізованих державах: попередження пропаганди війни, фашизму і неофашизму, расизму, національної і релігійної ворожнечі, образи людини за національною чи релігійною ознакою, душевним чи фізичними вадами або за віком, приниження національних та релігійних святих, пропаганди алкоголізму, тютюнопаління, наркоманії, пропаганди насильства, виробництва і поширення порнографії.

A1/3 BIOETHICAL PROBLEMS IN HUMAN SUBJECT PROTECTION

Melody Lin

*Office for Human Research Protection
US*

An institutional review board (IRB), also known as an independent ethics committee (IEC) or ethical review board (ERB), is a committee that has been formally designated to approve, monitor, and review biomedical and behavioral research involving humans with the aim to protect the rights and welfare of the research subjects. In the United States, the Food and Drug Administration (FDA) and Department of Health and Human Services (specifically Office for Human Research Protections) regulations have empowered IRBs to approve, require modifications in planned research prior to approval, or disapprove research. An IRB performs critical oversight functions for research conducted on human subjects that are scientific, ethical, and regulatory.

The system is governed by regulations under a Common Rule which has been adopted by 17 government agencies. The Common Rule lays out procedures for Institutional Review Boards, what kinds of research are exempt from their purview, and what kinds of research should receive expedited review since there is minimal risk to participants. The difficulty has arisen, there are growing fault lines in the system that protects human par-

ticipants, and a gap has developed between law and policy, on the books' and in action.

The Common Rule regulations and Belmont principles apply to both biomedical & behavioral research. There have been numerous complaints by investigators about the fit between the federal regulations and its IRB review requirements as they relate to social science research. Broad complaints range from the legitimacy of IRB review, the lack of physical risks in social science (e.g., unneeded, over-burdensome requirements), participants' consent documentation (i.e., consent forms).

Dr. Lin will discuss bioethical problems in human subject protections including IRB review of social behavioral research, ethical challenges in biological sample and possible conflict of interests at the individual and institution levels.

A1/4 ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

В.М.Корнацький

*Центральна комісія з питань етики МОЗ
України, Київ, Україна*

Проблема клінічних досліджень лікарських засобів в Україні надзвичайно важлива, оскільки крім пошуку більш ефективної медичної допомоги сприяє міжнародному науковому авторитету галузі, а також має значимий вплив на соціально-економічну ситуацію в державі.

Протягом року в медичних закладах системи охорони здоров'я здійснюється в межах тисячі випробувань, якими охоплюється до 50 тисяч громадян всіх верств населення, і за останній час до цього процесу в засобах масової інформації приділяється активна увага з різних причин часто необ'єктивна, що негативно впливає на громадянську думку.

Необхідно відмітити, що за останні 5 років впроваджено ряд позитивних заходів на істотне покращання якості та кількості таких досліджень, що здобуло належну оцінку на міжнародному рівні, але деякі законодавчо-нормативні неузгодженості і упущення поки що ускладнюють вирішення завдань на забезпечення, перш за все, безпеки і прав учасників випробувань, а також оптимізацію цього процесу в Україні.

Зокрема, потребують вивчення і прийняття рішень на державному рівні слідуючі питання:

1. Добровільне медичне страхування учасників досліджень в даний час здійснюється будь-якими страховими компаніями на виключно їх умовах, які вкрай ускладнюють відшкодування за необхідністю, є принизливими

гідності Людини за об'ємом, без належної фактової оцінки шкоди здоров'ю громадян, а також не забезпечують страхування дослідників.

Враховуючи міжнародний досвід, вважається за вкрай необхідне Постановою Кабінету Міністрів України впровадити Ліцензування страхових компаній, які матимуть право на страхування учасників досліджень із чітко визначеним порядком відшкодувань та їх сумою за експертним висновком незалежних фахівців, а також впровадити умови страхування дослідників на випадок непередбачуваних ускладнень у досліджуваних. Це бачиться важливим як розробка і прийняття нормативних актів на виконання Законів України «Про страхування», «Про лікарські засоби» і інших.

2. «Законом України про лікарські засоби» клінічними базами для проведення випробувань лікарських засобів визначено спеціалізовані медичні заклади охорони здоров'я, що поставило поза законом дослідження у клінічних обласних та міських багатопрофільних лікарнях, які не є спеціалізованими, а також фактично дає право на їх проведення в ряді інших, де немає належних умов (недержавної власності, непрофільних і т.д.).

Зважаючи, що будь-які дослідження є науковими, а також на юридичний факт, що Ліцензія на медичну практику дає право на застосування виключно зареєстрованих лікарських засобів, і використання інших є протизаконним – необхідне впровадження МОЗ Ліцензування на наукову діяльність, що також значно покращить і якість проведення випробувань лікарських засобів в Україні та стане суттєвим критерієм оцінки клінічної бази.

3. На сьогоднішній день державного механізму фінансових розрахунків у процесі досліджень немає. Клінічні бази практично не мають можливості відшкодувати відповідні затрати. Дослідники переважно отримують винагороду, працюючи у державних закладах, що ставить їх у неоднозначні умови, а також інколи породжує кримінальні справи по суті через державну не врегульованість питання.

Пропонується Наказом МОЗ затвердити порядок фінансових розрахунків за проведення клінічних досліджень лікарських засобів і виробів медичного призначення, у відповідності якому може бути передбачена слідуюча схема: після укладання угоди між контактним дослідницькою фірмою та клінічною базою на визначену суму (на підставі отриманого погодження згідно наказу № 690 від 23.09.2009 р.), наказом керівника закладу дозволяється дослідження, визначається відповідальний дослідник та його група та оприділяється оплата праці (для прикладу: 70 % від суми контракту,

а 30 % на відшкодування витрат всіх інших, пов'язаних із цією діяльністю).

4. Системного підвищення фахового рівню дослідників у відповідності міжнародним вимогам Належної клінічної практики (GCP) немає. Такі тренінги здійснюються десятками різних фірм за достатньо значиму оплату із видачею сертифікатів сумнівної якості і легітимності. Крім цього, у дослідницьких організаціях співробітники взагалі не проходять підготовки на державному рівня. Безумовно така ситуація негативно впливає на якість досліджень, що в цілому ослаблює авторитет Міністерства охорони здоров'я.

Необхідно Наказом МОЗ або за його дорученням Фармакологічного центру України чітко визначити порядок проведення тренінгів, затвердити програму і сертифікат. НМАПО ім. П.Л. Шупика на договірній основі може здійснювати підготовку співробітників фірм, які займаються дослідженнями. Потребують навчання і Голови (заступники) етичних комісій. Цього вимагає державна безпека досліджуваних, яка не може бути бізнес-проектном.

5. Держава та її виконавчий орган – Міністерство охорони здоров'я повинна безпосередньо впливати на формування здоров'я, його збереження і покращання в ім'я продовження тривалості життя. Саме тому МОЗ повинно висловити чітку позицію стосовно окремих аспектів їх проведення у дітей, плацебоконтрольованих при умові забезпечення належної допомоги у відповідності затверджених стандартів і протоколів, потреби у дослідженнях генериків (аналогів яких є сотні), підтримці вітчизняних виробників ліків та протидії окремих зарубіжних сумнівної якості т.д.

Має бути державна концепція на замовлення, а доступність до ринку повинна контролюватись. Безпека здоров'я людей і його покращення – це державна безпека та складова державності.

Зазначені ці та інші питання є запорукою на шляху оптимізації системи охорони здоров'я в цілому, саме оптимізації, а не політичного реформування.

A1/5 НООЭТИКА – ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС СОВРЕМЕННОСТИ

В.Н.Запорожан

*Одесский государственный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Конец XX и начало XXI столетия характеризуются стремительным развитием современных технологий, глобальным экологическим и

энергетическим кризисом, попытками создать новые мировоззренческие основы постиндустриального общества.

В конце XIX века В.И. Вернадский заявил о наступлении нового времени в эволюции живого вещества и жизни на Земле – эпохи регулирования ее человеческим разумом. Академик В. И. Вернадский сформулировал понятие «Ноосфера» в контексте развиваемого им учения о биосфере, гуманистической идеологии и роли знания как планетарного явления.

В XX столетии человечество столкнулось с катастрофическими последствиями научно-технического прогресса – глобальным экологическим кризисом. Медицинскими последствиями глобального экологического кризиса стали новая экологическая патология и новые экологические нозоформы. Возникли философские и мировоззренческие проблемы взаимодействия человека и природы. Психосоциальные аспекты глобального экологического кризиса, идеологическая несостоятельность общества потребовали психологической и философской поддержки социума. Ответом на отрицательные проявления глобального экологического кризиса и внедрения новейших медико-биологических технологий стала биоэтика. Ее развитие было связано с процессом трансформации и взаимной интеграции классической и профессиональной медицинской этики.

В новой реальности прежние биоэтические принципы, методы и теории не являются достаточно адекватными и эффективными. В условиях реализованной Ноосферы взаимодействие человечества с объектами живой и неживой природы происходит не только прямым, но и косвенным путем через модифицированную биосферу. Если деятельность человека в ноосфере не начнет регулироваться новыми этическими принципами, то последствия современного ноосферного кризиса могут иметь глобальный и катастрофический характер. Для сохранения всего живого, для всей природы и экосистемы в целом новая этика должна стать Нооэтикой, то есть правилами поведения в Ноосфере, которые бы максимально способствовали глобальным интересам всех составляющих Ноосферы: планеты Земля, человечества и трансформированной им биосферы.

Одесская медико-философская школа обосновала начало нового этапа исторического развития медицинской этики, который мы называли «Нооэтика». Предпосылкой к становлению новой науки послужило понимание разрушения человечеством контрольных механизмов биосферы. Ведущая идея Нооэтики –

нравственное вето на любой «прогресс», любой социальный проект, если он осуществляется путем насилия над личностью или природой. Нооэтика, как этика ноосферной ориентации и интеллектуальной деятельности человека, должна стать контрольным механизмом ноосферы в условиях глобального экологического и духовного кризиса.

A1/6 НАНОМЕДИЦИНА, НАНОФАРМАКОЛОГІЯ, НАНОТЕХНОЛОГІЇ: ЕТИЧНИЙ АСПЕКТ

I.С.Чекман

*Національний медичний університет імені
О.О. Богомольця
Київ, Україна*

Одним із видатних досягнень людства кінця минулого сторіччя слід вважати вивчення властивостей біологічних і синтетичних матеріалів нанорозмірів. Слова нанонаука, нанотехнології, наномедицина, нанофармакологія та інші з префіксом «нано-» стали вживати спеціалісти різних напрямків діяльності. Своєрідний бум в царині нанонауки, що розпочався біля 30 років тому, викликав необхідність в дослідженнях нанооб'єктів, які мають своєрідні, часто несподівані, техногенні, фізичні, хімічні, фізико-хімічні, біологічні, фармакологічні, токсикологічні властивості, відмінні від частинок мікророзмірів і, навіть, мікророзмірів. Дослідження фармакологічних, біохімічних, фізико-хімічних, колоїдно-хімічних механізмів взаємодії наночастинок з біологічними об'єктами (клітинами макро- та мікроорганізмів) дозволить не тільки встановити їх позитивний чи негативний вплив на біоструктури та навколишній світ, але сприятиме пошуку серед них ефективних і безпечних протекторів функціональної активності клітин і органів, широкому застосуванню у техніці, сільському господарстві, медицині як ефективні препарати, а також носії для цільової доставки лікарських засобів і фізіологічно активних речовин до патологічного процесу. Перші дослідження наноматеріалів виявили у них властивості, які притаманні живій і неживій природі. Висока патогенність, вірулентність, здатність до зміни своєї структури, швидко розмножуватися і проникати в організм людини, поразити значну кількість людей у короткий час і розповсюджуватися у навколишньому середовищі не виключено зумовлено тим, що віруси мають нанорозміри (біля 50-100 нм). Малий розмір, хімічний склад, структура, велика площа поверхні та форма – це ті основні властивості, що надають наночастинкам перевагу перед іншими матеріалами,

одночас забезпечують і їхній можливий токсичний вплив на біологічні системи та зовнішнє середовище. Для прогнозу ризику їх впливу на біосистеми, перш за все, необхідно вивчити молекулярні механізми впливу наночастинок на організм, можливі механізми розвитку токсичних ефектів, а також шляхи усунення чи послаблення їх небажаного впливу.

В Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця спільно з НАН та НАМН проводяться дослідження з нанофармакології та нанофармації. Перед вченими світу стоїть завдання розробити високопродуктивні, економічно вигідні та безпечні для людини та зовнішнього середовища технології отримання наноматеріалів. Застосування наночастинок для профілактики та лікування захворювань матиме важливе не тільки медичне, але і соціальне значення з урахуванням етичних аспектів їх вивчення та впровадження у медичну практику.

A2/1 ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ЛІКАРЯ УКРАЇНИ ТА УМОВИ ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЇ

Л.А. Пиріг

*Національна медична академія післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика
Київ, Україна*

Можливості реалізації Етичного кодексу лікаря (ЕКЛ) залежить від особистості лікаря (освіта, кваліфікація, мораль, характерологічні особливості) і не меншою мірою від об'єктивних суспільних обставин, які повинні уможлиблювати самореалізацію позитивних властивостей лікаря, підтримувати їх стабільність і розвиток.

В Україні система охорони здоров'я всупереч конституційно узаконеному положенню не стала пріоритетним напрямком державної політики – фінансування за ВВП вдвічі менше від мінімально необхідного, наслідком чого є матеріальна незабезпеченість медичного допомоги на всіх її рівнях, у всіх галузях, у всіх ланках включаючи оплату роботи лікарів і усіх медиків загалом. За нинішніх обставин незабезпеченості медичних установ ліками, зношеної діагностичної та лікувальної апаратури, перевантаження роботою (дефіцит ліків!), з клопотами особистими, сімейними(найчастіше фінансового характеру), з відчуттям несправедливої оцінки роботи з боку держави сучасний український лікар «повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху – це, насамперед, совість». Чи у всіх лікарів її вистачить, чи готові вони за нинішніх обставин до «гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодій-

ності і милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості», чи готовий наш лікар «сприяти збереженню та підвищенню престижності професії, до якої належить» (8.1). За нинішніх обставин організації медичної допомоги лікар далеко не «зобов'язаний систематично удосконалювати свій професійний рівень» (2.3), (тому що не заінтересований службово – матеріально), не вірить в успішність «законного захисту власних морально – етичних позицій»(2.4).

На жаль, під сумнів можна поставити реалізацію й таких положень ЕК лікаря України: 2.5, 2.6, 2.7, 2.10, 2.11, 3.15, 4.3, 4.5, 7.1, 7.5.

Усе вище викладено не є запереченням доцільності і навіть необхідності ЕК українського лікаря. ЕК повинен мобілізувати українських лікарів на «активну участь в роботі професійних об'єднань і асоціацій» (2.12) у виборюванні умов, які б дозволили реалізувати його. Суспільство, держава повинні усвідомити, нарешті, що і як діяти, щоб наш лікар, згідно з цим ЕК, був справді Лікарем.

A2/2 БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ: СВІТОГЛЯДНИЙ ДИСКУРС

В.І. Цимбалюк, В.В. Медведєв

*Національний медичний університет імені
О.О. Богомольця
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.
Ромоданова НАМН України»
Київ, Україна*

Сучасна нейрохірургія пов'язана з ключовими біоетичними проблемами. Причина – полідисциплінарність сучасних підходів до лікування нейрохірургічної патології. Біоетичні проблеми можна розділити на два класи: фундаментальні та прикладні. **Фундаментальні** прямо торкаються основних проблем природознавства, базису традиційних світоглядних парадигм. **Приклади:** 1) **проблема терапевтичного клонування та можливої доцільності абортів** з точки зору вигідної утилізації отриманого біоматеріалу, тобто проблема біологічного, суспільного та правового статусу зародку на стадії зиготи чи ембріону (світоглядне звучання: проблема визначення моменту виникнення потенційного біологічного еквіваленту особистості, на ранніх етапах розвитку – необхідного, хоч і недостатнього для реалізації всіх атрибутів особистості); 2) **проблема евтаназії** (проблема визначення моменту смерті); 3) **проблема психохірургії** (проблема залежності між мозковими процесами та особистістю, тобто психікою людини); 4) **проблема нейропротезування та штучного інтелекту** (світоглядний еквівалент

проблеми аналогічний попередній). **Прикладні:** виникають в контексті практичної реалізації експериментальних досліджень та надання лікарської допомоги, пов'язані з фундаментальними аспектами світоглядних парадигм опосередковано. *Приклади:* етичні питання проведення клініко-експериментальних досліджень (оплата ризиків з метою залучення пацієнтів, що перебувають у скрутному фінансовому стані); проведення прихованих експериментів (умисна неповідомленість пацієнтів щодо невизначеності наслідків використання нового методу лікування; пацієнти *de facto* стають об'єктами експериментального дослідження); узалежнення якості та широти надання медичних послуг від їх вартості (офіційної чи неофіційної).

Морально-етичні проблеми формуються в сфері ментального людського надбання, більш ірраціонального, ніж теоретична база природознавчих дисциплін. Ця сфера включає світоглядні парадигми, превалююча більшість котрих асоційована з основними релігійними доктринами. Первинно і найбільш гостро біоетичні проблеми виникають у країнах піонерах технологічного прогресу. Історично такими є країни християнської цивілізації. Найбільш традиційні напрямки християнства (ортодоксія та католицизм) мають напроцуд глибоке сприйняття феномену людини, саме як особистості (в ортодоксії – іпостасі): християнство в цьому контексті є найбільш філантропною релігією, в якій дії Творця найбільш драматично спрямовані на створення вищих благ творінню – людській особистості. Високе достоїнство людини в християнстві ґрунтується на факті втілення Бога Слова. Звідси – гуманоцентричне звучання біоетичної проблематики сучасності: цінність людського життя у більшості християнських та постхристиянських спільнот стоїть вище будь-якої доцільності. Тому очевидно: трактування та використання сучасних даних біології та медицини для вирішення багатьох проблемних моментів біоетики стає справді гуманоцентричним лише в контексті традиційного християнського богослів'я.

A2/3 БЕЗПЕЧНЕ ДОВКІЛЛЯ – МЕТА ГІГІЄНИ, ЕКОЛОГІЇ ТА БІОЕТИКИ

Д.Д.Зербіно, О.М.Колінковський

Інститут клінічної патології

*Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького
Львів, Україна*

Антропогенна діяльність протягом століть призвела до відчутних змін екосистем і ці зміни

продовжують збільшуватись. Так, навіть, сформувавшись в науці терміни «шкідливі фактори довкілля, виробничого середовища, умов проживання». При гігієнічній оцінці і характеристики різноманітних об'єктів санітарного нагляду сьогодні практично не існує таких, щоб позначались би виключно цілющими природними факторами впливу на людину. Тому не дивно, що нині науковцями досліджено, а лікарями діагностується багато екологічно зумовлених патологічних станів, синдромів і захворювань. Наше суспільство довгий час стояло на позитивних байдужості до стану довкілля. Як результат, для людини і для всього живого майже не залишається місць, де нема забруднення: заводи в центрі міста, загазовані вулиці і автошляхи, пестициди і агрохімікати, сміттєзвалища та поховання радіонуклідів.

Другий закон гігієни (Гончарук Є. Г., 1992) говорить: «незалежно від своєї волі та свідомості, у зв'язку з фізіологічною, побутовою та виробничою діяльністю люди негативно впливають на навколишнє середовище, що тим небезпечніше, чим нижче науково-технічний рівень виробництва, культура населення та соціальні умови життя». З нього випливають завдання і мета наукових напрямків гігієни та санітарії: повний контроль за забезпеченням належних умов виробництва, нагляд за умовами проживання населення, розробка заходів та пропозицій, щодо покращення цих умов, санітарно-просвітницька робота.

Основне завдання біоетики – досягнення усвідомлення кожним членом суспільства своїх дій. Обізнана людина з внутрішніх (етичних, духовних, релігійних) мотивів не буде допускати екологічного забруднення. Вольові зусилля потрібно скеровувати на досягнення безпечного для людей довкілля. Важливе розуміння кожним: забруднення довкілля не є просто неминучим наслідком технічного прогресу, а є екологічним злочином проти суспільства та власних дітей і нащадків. Будь-які антиекологічні дії, що порушують стан довкілля на нано-, мікро-, макрорівнях слід вважати неетичними. Особа, порушуючи природне середовище, живе всупереч етиці. Кожен дослідник, працюючи над розробкою, що не є екологічно ощадливою, діє всупереч етиці. Кожен керівник підприємства, коли не вживає заходів з припинення (зменшення) скидів і викидів поллютантів, діє антиетично. Проект підприємства, в якому не дотримані всі принципи екологічної безпеки, слід розцінювати як неетичний.

Питання біоетики в контексті екології необхідно викладати не лише в навчальних закладах медичного та біолого-екологічного напрямків, але й інженерно-технічного та інших профілів.

A2/4 БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В СУЧАСНІЙ ГІГІЄНІ ТА МЕДИЧНІЙ ЕКОЛОГІЇ

А.М. Сердюк

ДУ «ІГМЕ ім. О.М. Марзєєва НАМНУ»

Київ, Україна

Рівень досліджень в галузі гігієни та медичної екології сучасний розвиток науки і техніки досягли тієї позначки, коли подальший прогрес практично неможливий без врахування гуманістичних, людино-центричних орієнтацій. 25 – річчя Чорнобильської катастрофи, на передодні якої проходить конгрес, ніби в фокусі відзеркалює очевидну істину, що кожен науковий пошук повинен базуватись на етичному (біоетичному) підґрунті. Адже широке занепокоєння населення України станом радіаційної безпеки, довкілля, якістю питного водопостачання, продуктів харчування, іншими ризиками, що на нього чатують, свідчить про загострення моральних проблем, що постають перед дослідником, лікарем, пацієнтом і суспільством в цілому.

Наявність біоетичної компоненти, її світоглядні та правові засади мають особливе значення для медико-біологічних наук і відповідних соціальних аспектів буття. Біоетика стала самостійним науково-дослідницьким напрямом, зумовленим, крім відомих, новітніми науковими пріоритетами, що характеризуються якісними проривами в біо-, нано- та інформаційних технологіях, генній інженерії, медичній генетиці та ін. Не менш важливий аспект – використання біоетичних підходів при вирішенні проблем взаємостосунків в системі «людина – навколишнє середовище»

Переважає більшість біоетичних проблем в гігієні та медичній екології є полілогічними, до них залучаються фахівці різних галузей науки. Відтак головним механізмом, наукового пошуку в цій царині постає досягнення консенсусу та партнерства.

Формуючи простір і культуру публічного обговорення найгостріших життєво-важливих проблем, біоетика потребує не лише теоретичних дискусій, а й вироблення рекомендацій, законодавчих документів, політичного діалогу. Для подальшого розвитку біоетичних питань гігієни та медичної екології необхідно узагальнити досвід, накопичений вітчизняними теоретиками та практиками, наробки зарубіжних вчених, більш широко висвітлювати біоетичну проблематику.

Осмислення проблем біоетики, прогресуюча їх актуалізація в Україні – не лише данина гуманізації наук, а й рішучий крок до широкої

інтеграції фундаментальних і прикладних досліджень. Вміле їх використання, безумовно, сприятиме втілення ідеї В.І.Вернадського про створення високоцивілізованої, керованої ноосфери, уособлений простір наукової думки, що створює середовище існування.

A2/5 БІОЕТИКА ТА ПРОБЛЕМИ БІОРИЗНОМАНІТТЯ

Д.М.Гродзинський

Інститут клітинної біології і генетичної інженерії

НАН України

Київ, Україна

Збереження біорізноманіття у всіх формах його прояву з часом набуває все більшого значення, бо саме завдяки йому може забезпечуватись сталий розвиток сучасного світу. На це було звернуто увагу світової громадськості на ряду форумів, починаючи з Всесвітньої конференції в Ріо-де-Жанейро. Справді, з одного боку, еволюція живого світу призвела до формування гармонійного сполучення різних видів тварин, рослин, грибів та мікроорганізмів в угруповання, функціонування яких призводить до нагромадження негентропії, вільної енергії, завдяки якій існує все живе на Землі. Руйнування біоугруповань супроводжується різким зменшенням інтенсивності життєдайного процесу нагромадження вільної енергії й порушенням рівноваги між автотрофними і гетеротрофними перетвореннями речовин і енергії. Оскільки всі види, котрі утворюють продуктивні природні угруповання, поєднані між собою трофічними ланцюгами, випадіння будь-якого з видів із загальної системи призводить до зубожіння продуктивних сил природи. В цьому знаходить прояв узагальнений закон обмежувачих факторів. Діючі в різних країнах закони по охороні природи не змогли обмежити руйнацію біорізноманіття, яке зазнає вкрай різних, а часто-густо невідомих втрат, що призводить до формування кризових ситуацій на континентах і у світовому океані. За добу в ці часи щезає біля 70 видів живих істот, бо техногенна діяльність людини аж ніяк не базується на врахуванні необхідності зберігати видове й популяційне різноманіття. Вочевидь, лише розвиток біоетики як світогляду, заснованому на визнанні прав не лише людини, але живих істот інших царств природи, може забезпечити збереження природного біорізноманіття. З другого боку, зазнає вразливого зубожіння й біорізноманіття генофонду культурних рослин і свійських тварин. Власне, цивілізаційний процес набув стрімкості лише після того, коли

людина перейшла до використання сільсько-господарських рослин і тварин, для більшої кількості яких в дикій природі немає безпосередніх предків. За кілька тисяч років стараннями незчисленних поколінь було створено унікальні генофонди культурних рослин і тварин. В цьому відношенні окремі культурні види з повним правом можна вважати як чудеса світу, які не поступаються відомим семи легендарним чудесам. До того ж прогнати зростаюче за чисельністю людство можна лише в тому випадку, коли буде збережено генофонд культурних видів – невідомий збут тисячоліть. Проте генофонди ці зазнають втрат унаслідок знову ж таки недалекогоглядної політики людей, котрі мислять короткими часовими масштабами. Отож, важлива роль біоетики полягає в тому, щоб збагатити свідомість широкого загалу суспільства повагою до поняття генофонду як найбільшого багатства людства.

A2/6 БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НАНОТЕХНОЛОГИЙ В СВЕТЕ ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Н.С.Крапивина, М.С.Морозик, С.Б.Мельнов
*Международный государственный
экологический университет имени
А.Д.Сахарова
Минск, Республика Беларусь*

Одной из важнейших задач в сфере нанотехнологий является экспериментальное изучение биологических эффектов действия наночастиц и оценка риска для здоровья человека. К числу острых вопросов относится и обеспечение безопасности технологических процессов получения нанопроизводств и возможного воздействия на здоровье персонала нанопроизводств. Следствием этого должно стать создание эпидемиологического регистра работников нанопроизводств и исследовательских экспериментальных лабораторий. По мере изучения и внедрения нанотехнологий необходимо разрабатывать технические регламенты для нанопроизводств и критериев безопасности изделий с использованием наноматериалов. Такие подходы должны относиться, несомненно, не только к синтезу и применению используемых в промышленности наночастиц, но и к множеству биомедицинских приложений нанотехнологий.

Этические аспекты внедрения нанотехнологий в первую очередь должны учитывать тот факт, что они вторгаются в интимные механизмы молекулярной организации живого: так, мутагенные свойства наночастиц будут

реализовываться иначе, чем при воздействии препаратов на макроуровне. В первую очередь необходимо отметить, что они обладают высокой проницаемостью на организменном, органном, тканевом и клеточном уровнях; индукцией свободных радикалов, в том числе активных форм кислорода и азота (Gurr J.R. et al., 2005; Wang L. Et al., 2007; Papageorgiou I. Et al., 2007); способностью повреждать цитоскелет (Jin S. Et al., 2007); способностью располагаться в центре ядра клетки (Lovric J. et al., 2005); конъюгацией с ДНК (Dubertret et al., 2002) и др.

На основании вышеизложенного можно констатировать, что необходима дальнейшая доработка существующего законодательства, относящегося к очень сложным проблемам биотехнологии, особенно в сфере этических и правовых норм. Также представляется весьма важным пересмотреть стандартную схему тестирования наночастиц на мутагенную и канцерогенную активность.

Учитывая тот факт, что выброс в окружающую среду наночастиц может привести к непредсказуемым эффектам, по-видимому, необходимы принципиально иные подходы к оценке возможных вредных эффектов наночастиц. Это накладывает двойную ответственность на биоэтический комитет, контролирующий их внедрение в научные исследования и практику.

A3/1 ЭТИКА И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛЕТОЧНОЙ И ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ

**В.И.Грищенко, А.Н.Гольцев,
А.М.Компаниец**

*Институт проблем криобиологии и
криомедицины НАН Украины
Харьков, Украина*

Стремительное развитие биологии и медицины в конце II-го – начале III-го тысячелетий принесло не только мощный заряд новых открытий, современные эффективные биотехнологии, возможность исцеления безнадежно больных, но и индуцировало появление сложных этических проблем. Прежде всего это относится к проблемам клонирования человека и отдельных его органов, трансплантации стволовых клеток, трансплантации органов и тканей, развитию генной инженерии, использованию нанотехнологий и т.д. Не менее серьезными и сложными являются этические проблемы нового направления в медицине – клеточной и тканевой терапии.

Институт проблем криобиологии и крио-

медицины НАН Украины является одним из признанных лидеров в становлении и развитии клеточной и тканевой терапии. Фундаментом в создании этого современного направления явились разработанные в институте эффективные методы и технологии криоконсервирования и долгосрочного хранения различных клеток и тканей в жизнеспособном, функционально полноценном состоянии. При институте создан низкотемпературный банк биологического материала, признанный Национальным достоянием Украины. Результатами многолетних доклинических и клинических исследований доказана высокая терапевтическая эффективность клеточной и тканевой терапии с использованием криоконсервированного материала в лечении целого ряда тяжелых заболеваний и состояний.

Продолжающиеся в настоящее время исследования открывают новые перспективы и потенциальные возможности клеточной и тканевой терапии. Это в первую очередь относится к работе со стволовыми клетками. В частности, исследуются различные аспекты получения, культивирования, криоконсервирования и применения аутологичных стволовых клеток, выделенных из тканей взрослого человека. Большое внимание уделяется работе со стволовыми клетками кордовой крови: разработаны эффективные технологии их получения и криоконсервирования, создан низкотемпературный банк этих клеток. Кроме того, из сыворотки кордовой крови получены новые оригинальные препараты, зарекомендовавшие себя эффективным средством в лечении многих патологических состояний.

В докладе обсуждаются этические аспекты клеточной и тканевой терапии.

A3/2 CONFLICT OF INEREST IN BIOMEDICAL RESEARCH

W. J. Appleyard

International Association of Medical Colleges

Conflicts of interest may threaten the quality of patient care, the objectivity of medical education and the integrity of scientific investigation thereby undermining the trust in physicians and physician researchers which is at the core of medical practice

S. Van McCrary et al in 2000 surveyed the policies on Conflict of Interest at all medical schools (127) and other research institutions (170) that received more than \$5 million in total

grants annually from the National Institutes of Health or the National Science Foundation

Among those institutions that had policies, there was marked variation in the definition and management of conflicts

The U.S. Institute of Medicine's 2009 Report on Conflict of interest in Medical Research, Education and Practice provides over arching principles for assessing conflicts of interest and conflict of interest policies. Their recommendation 9.1 calls on accrediting organisations to make institutions more accountable for preventing, identifying and managing conflicts of interest.

The purpose of this presentation is to examine the topic and the ethical principles underpinning good medical education practice and to see how, from the individual physicians and the medical schools point of view, the ethical principles should be applied and robust policies of conflicts of interest developed and reviewed

The U.S. Institute of Medicine's (IoM) Report defines Conflict of Interest as 'a set of circumstances that create a risk that professional judgment or actions regarding a primary interest will be unduly influenced by a secondary interest'

Primary Interests in this context include
Promoting and protecting the integrity of Research
The quality of medical education
The welfare of Patients

Secondary Interests include
Financial interests
The pursuit of professional advancement and recognition
Favours for family and friends
Medico-legal work
Media Promotion
Single issue patient groups
Conflicts of interest policies typically focus on financial gain because it is more objective, 'fungible' and quantifiable

But other influences may be more widespread such as the policies of Third Party Employers and their Managers' that may or may not be in the individual patients best interest for example in Government Service, Health Service management, Military Service, the Prison Service, employment by Insurance Companies and in Occupational Health

Current layers of inter related 'control' of 'Conflict of Interest'

which are regulatory, institutional, professional and personal will be explored within a medical ethical framework.

A3/3
ВАКЦИНОЛОГИЯ И БИОЭТИКА**А.Ф.Фролов, В.И.Задорожная,**
А.В.Моисеева*ГП «Центр иммунобиологических препаратов»
МОЗ Украины
Киев, Украина*

Среди болезнетворных факторов биосферы, окружающих человека миллионы лет, одно из ведущих мест принадлежит микроорганизмам (вирусам, бактериям, простейшим).

Их эволюция, сопровождающаяся прогрессирующей адаптацией к организму человека еще недавно приводила к катастрофическим последствиям и гибели значительных масс населения. Это стимулировало поиски эффективных технологий лечения больных инфекциями и предупреждения их появления. Поиски велись и ведутся во всех сферах интеллектуальной деятельности общества – этической, философской, антропологической, объединяемых в настоящее время развивающейся междисциплинарной наукой «Биоэтикой».

Эволюция цивилизации, формирование единого научного пространства, являющегося базой теорий В.И. Вернадского о ноосфере, выдвинуло перед биоэтикой и смежными с ней науками задачу прогнозирования последствий научно-технического прогресса исключения возможности предсказания о том, что «расцвет цивилизации общества станет его закатом».

Исключительное значение при этом имеет освоение обществом принципов биоэтики, в частности биомедицинской, в решениях основных стратегических проблем профилактической медицины современности. Результаты усилий мирового сообщества в этом направлении представляются нам достаточно впечатляющими, однако один из разделов профилактики инфекционных болезней, а именно «Вакцинология и биоэтика» заслуживает, по нашему мнению, большего внимания специалистов.

Подтверждением этого может служить развернувшаяся в последние годы активная антивакцинальная кампания, носящая скорее популистский чем профессиональный характер, направленная против единственной на сегодняшний день, технологии вакцинации и предупреждения возникновения инфекций. И это несмотря на более чем 250-летний период ее эффективного применения.

«Положительным» результатом антивакцинальной кампании явилось резкое, в 2-3 раза, сокращение числа прививаемых в Украине, и

как следствие этого – рост числа заболевших инфекционными болезнями.

Проблема вакцинологии и биоэтики приобретает особое значение в связи с нарастающей вакцинозависимостью популяции человека, разработкой новых типов вакцин и технологий их применения, особенно в условиях деградации экологических закономерностей. Часть этих вопросов предполагается обсудить авторами на Конгрессе.

A3/4
БИОЭТИКА И ГИГИЕНА ДЕТСКОГО ТРУДА**В.А.Коробчанский***Харьковской национальной медицинской
университет, Харьков, Украина*

В современном мире эксплуатация детей свойственна многим государствам. Вместе с тем, в Глобальном докладе МОТ (О прекращении детского труда) говорится об общемировой тенденции к сокращению числа работающих детей в странах с переходной экономикой в Восточной Европе и Центральной Азии: «экономический рост, сокращение бедности и взятые государствами на себя обязательства по искоренению детского труда привели к осязаемым результатам». Девять из десяти стран СНГ ратифицировали обе основополагающие Конвенции МОТ по детскому труду – № 138 и № 182.

Регионами, где по-прежнему активно используют детский труд, традиционно остаются страны Азии и Африки.

В своем отчете за 2008 год UNICEF обнародовал данные, касающиеся трудовой эксплуатации детей более чем в 200 странах, при этом закономерно приравнивая использование детского труда к одному из распространенных видов насилия над детьми. По данным отчета, на 2004 год в мире насчитывалось 218 млн. детей, которые работали. Из них 126 млн. (60%) были привлечены к тяжелой работе, а 74 млн. работали в опасных условиях (дети в возрасте от 5 до 14 лет). Особую озабоченность вызывает тот факт, что 8,4 млн. детей целиком зависят от работы, т.е. по сути, являются рабами, и они привлечены к наркобизнесу, проституции и входят в вооруженные группировки.

По солидарному мнению международного сообщества, ни одно государство, независимо от уровня его экономического развития, не должно терпимо относиться к наихудшим формам детского труда. Детский труд губительно сказывается на прогрессе. Программы борьбы с детским трудом с указанием конкретных сроков их выполнения являются важным эле-

ментом экономического и социального развития. Недавнее сокращение числа работающих детей в ряде стран с переходной экономикой показывает, что достижение успеха в этом направлении возможно.

Анализ проблемы позволяет сделать вывод, что явление детского труда, в его признанном негативном толковании, усилиями международного сообщества должно быть заменено системой медико-педагогических мер трудового воспитания подрастающего поколения. При этом организация труда детей и его характер должны в полной степени отвечать основополагающим принципам социальной и медико-биологической безопасности, которые в свою очередь должны базироваться на международном опыте, принципиальных положениях биоэтики и физиологических основах гигиенической науки и практики.

1. Должен неукоснительно соблюдаться биотический принцип уважения автономии личности (закрепленный в Оттавской Декларации по праву ребенка на охрану здоровья), который предполагает недопустимость любых видов дискриминации ребенка, утверждает примат наилучшего обеспечения его интересов, соблюдения права на выживание и здоровое развитие, а так же свободное выражение своих собственных взглядов.

2. Дети должны быть защищены от любых проявлений насилия со стороны своих работодателей и членов своих семей, включая подневольный и принудительный труд, «традиционное» рабство.

3. Трудовая деятельность лиц, не достигших 18-летнего возраста по своему характеру и построению должна соответствовать возрастному-половым особенностям и состоянию здоровья ребенка, протекать в абсолютно безопасных для них условиях.

4. При определении содержания трудовой деятельности детей необходимо придерживаться требования постепенного увеличения физических и других нагрузок для обеспечения ее тренирующего действия на растущий организм.

5. Кроме того, многолетний опыт отечественной гигиенической школы доказал высокую эффективность таких специальных форм организационно-методической работы как профессиональная консультация, профессиональная ориентация и профессиональный отбор юношей и девушек на различные профессии. Внедрение данных форм работы с молодежью способствует не только повышению эффективности предстоящей профессионально-производственной деятельности, но и сохранению здоровья человека, что относит-

ся к одному из приоритетов биоэтики.

Таким образом, биоэтика детского труда должна строиться исходя из гигиенических принципов его организации, а первичная профилактика нарушений социального, психического и физического здоровья подрастающего поколения, должна рассматриваться, как элемент реализации основополагающих международных принципов биоэтики.

A3/5
ЖИВОТІННЯ НАУКИ... ДОКИ?**В.М.Локтєв, І.М.Трахтенберг***Інститут медицини праці НАМН України
Київ, Україна*

Загальновідомим і давно не новиною став тезис, що будь-яка країна, яка хоче вважатися розвинутою, є наукозалежною, а тому потребує як всеосяжного і необмеженого зміцнення своєї науки, так і значно більшої підтримки творчої спільноти, що віддає науковим пошукам своє життя.

Водночас, в Україні явно переважає інша точка зору, що без науки можна побудувати суспільство високого достатку, передової медицини і достойного рівня життя. Це означає, що її керівники часто-густо нехтують розумінням, що наука – одна з найфундаментальніших людських цінностей, найбільш ефективний засіб пристосування людини до оточуючого середовища та покращання умов його існування. Без усвідомлення цінності та життєвого значення науки громадяни нашої країни легко можуть втратити її, навіть не помітивши цієї вкрай небезпечної втрати.

В доповіді робиться спроба нагадати, чим ризикує країна, світоглядні уявлення якої поступово змінюють орієнтацію від наукових на лженаукові, зокрема релігійні, що, безперечно, спостерігається в Україні, де клерикалізм, антидарвінізм (креаціонізм) і віра в чудеса вже пропонуються для викладання в середніх школах. Однією з гучних подій стало проведення в м. Києві у травні 2009 р. Українським товариством «Знання»(!) людного зібрання «Парадигма третього тисячоліття», на якому був проголошений план Божественного творіння світу, що не може не хвилювати будь-яку освічену людину.

Існує багато ознак того, що у нашому суспільстві втрачено належне розуміння ролі науки для розвитку людства, тому лженаука та її виразники – колдуні, віщуни, шамани тощо заповнили шпальти газет і екрани ТБ, а науково-свідома людина фактично виштовхнута з засобів ЗМІ. В царстві темних, неосві-

чених читачів і слухачів процвітає не наукова статистика і аналіз, а астрологи, замість лікарів «працюють» знахарі та цілителі, а інженерів та винахідників замінюють творці вічних двигунів. Без сучасної науки країна неспроможна себе по-справжньому захистити і по суті перетворюється на безпомічну, бідну і нікому не потрібну, з якою ніхто в світі не рахується і яку не поважають.

Погляд на можливі шляхи розв'язання питань нашого буття відображає власну думку авторів. Їх висновки такі: тільки країна з розвинутою освітою, що спирається на передову науку, яка оперативісно оновлюється, відслідковує новітні науково-технічні тенденції, отримає шанс побачити в перспективі світло і вибратись з темряви «тунелю», до якого була загнана і світовою фінансовою кризою, і власними помилками її недалекоглядних політиків. Тільки у такій країні буде щасливо жити і вільно дихати людина.

А3/6 ЗНАЧЕННЯ БІОЕТИКИ У БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ ЛІКАРЯ

**В.В.Лазоришинець, М.В.Банчук,
О.П.Волосовець, І.С.Вітенко, І.Є.Булах,
Ю.С.П'ятницький, І.В.Мельник**
Міністерство охорони здоров'я України
Київ, Україна

Процеси реформування галузі, динаміка змін у стані здоров'я населення, розвиток доказової медицини вимагають адекватних змін у сучасній системі підготовки медичних працівників.

Основними принципами підготовки лікарів на сьогоднішньому етапі є:

- безперервність та ступеневість медичної освіти залежно від кваліфікації, що набувається,
- динамічний характер навчання, що забезпечується постійним корегуванням змісту освіти відповідно до досягнень світової і вітчизняної науки, практики організації медичної справи та потребами розвитку сфери охорони здоров'я країни,
- відкритість системи підготовки медичних спеціалістів, що передбачає створення міжкафедральних інноваційних навчальних програм, які реалізують передові інформаційні технології навчання, сприяють запозиченню всього прогресивного у світовій і вітчизняній науці і практиці, індивідуалізації процесу навчання,
- поєднання теорії і практики, що забезпечується на всіх рівнях підготовки медичних та фармацевтичних спеціалістів шляхом впрова-

дження відповідних моделей навчання,

- формування загальнолюдських цінностей, морально-етичної та правової культури.

Підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється в вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України – серед них 64 медичних коледжів, 49 медичних училищ, два інститути медсестринства, 18 медичних університетів (академій), вісім з яких мають статус національних.

З метою покращання підготовки лікарів та провізорів наказом МОЗ та АМН України від 12.09.2008 №522/51 в Україні прийнята Концепція розвитку медичної освіти, яка передбачає приведення медичної та фармацевтичної освіти – структури, змісту, термінів підготовки – у відповідність до міжнародних освітніх стандартів з урахуванням потреб практичної охорони здоров'я країни.

У Концепції знайшли відображення заходи щодо підняття якості медичної і фармацевтичної освіти, відновлення престижності професії медика, запровадження у навчальний процес інноваційних технологій, поліпшення умов навчання та соціального захисту викладачів, студентів і молодих спеціалістів.

Проте, сучасне навчання мистецтву лікування неможливе без опанування засад майбутнім лікарем поваги до усього живого та мистецтва лікування душі, спілкування та співпереживання з хворою людиною та її родиною.

Лікар XXI століття повинен мати фундаментальну теоретичну і клінічну підготовку та обов'язково мати відповідні ґрунтовні знання з деонтології та біоетики, що є основою формування його моральності і духовності по відношенню до людини та живої істоти.

Безумовно, сучасному клініцисту слід добре володіти питаннями біоетики, що торкаються проблеми евтаназії та хоспісів, трансплантології клітин, тканин та органів, абортів та штучного запліднення, етики проведення медичних досліджень, етичних аспектів генетики, питань ятрогенії та лікарських помилок, моральних аспектів ВІЛ/СНІДу та багато інших.

Лікар має гарантувати збереження медичної таємниці, бути коректним, гуманним, обов'язковим та милосердним, що задекларовано у Етичному кодексі лікаря України, який був прийнятий у м.Євпаторія 27 вересня 2009 на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства.

Упродовж минулого року затверджені накази МОЗ від 19.10.2009 №749 та 750, від 07.12.09 №№ 929, 930, 931, 932, 933, якими впроваджено введення у вищих навчальних закладах IV

рівня акредитації нових навчальних планів підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» на засадах кредитно-модульної системи організації навчального процесу за спеціальностями «лікувальна справа», «педіатрія». «медико-профілактична справа», «медична психологія», «стоматологія», «фармація», «клінічна фармація», «технологія парфумерно-косметичних засобів», «технологія фармацевтичних препаратів».

Зазначеними навчальними планами передбачено розширення складової практичної підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» на засадах кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

Вищезазначеними планами передбачено обов'язкове вивчення студентами медичних та стоматологічних факультетів навчальної дисципліни «основи біоетики та біобезпеки» на 3 курсі в обсязі 1,5 кредити та проходження студентами на 6 році навчання курсу за вибором «медичні аспекти біоетики та біобезпеки» в обсязі 4 кредитів.

Починаючи з 3 курсу у підготовці лікарів вперше в історії країни запроваджений також курс за вибором «основи християнської етики та моралі».

Вивчення проблем біоетики студентами медвузів також передбачено і при опануванні таких нормативних та вибіркових дисциплін як «медична психологія», «медична генетика», «деонтологія в медицині», «сучасні проблеми біофізики», «сучасні методи генетичної діагностики», «етичні проблеми в медицині», «основи трансплантології».

Таким чином, біоетика стала обов'язковою дисципліною в усіх вищих медичних школах України, що відповідає світовому досвідові. Адже без дотримання норм біомедичної етики неможливо говорити про підвищення якості підготовки сучасного лікаря. Саме це дає змогу на більш високому професійному рівні проводити профілактику та лікування соматичної та психосоматичної патології, запобігати деонтологічним та професійним помилкам.

Міністерством охорони здоров'я України також затверджено наказ від 27.11.2008 №687 «Про покращання виховної роботи у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації, закладах післядипломної освіти, науково-дослідних установах і закладах охорони здоров'я», яким передбачена низка заходів щодо поліпшення виховної роботи серед студентської молоді та лікарів, особливо в частині виховання у майбутніх лікарів милосердя, гуманізму і духовності.

Основною метою виховної та патріотичної роботи у вищих медичних та фармацевтич-

них навчальних закладах визначено виховання гармонійно розвиненої, високоосвіченої, національно-свідомої і соціально активної людини, що наділена глибокою громадянською відповідальністю, високою культурою та духовними якостями, милосердям та гуманізмом, родинними і патріотичними почуттями, є носієм кращих надбань національної та світової культури, демократичних цінностей, здатної до саморозвитку і самовдосконалення, яка усвідомлено відноситься до цінності життя і здоров'я людини від моменту її зародження.

Досвід восьмирічного викладання біоетики в медичних вузах свідчить про великий інтерес студентства до морально-етичних проблем своєї професії, пов'язаних з такими параметрами лікарського професіоналізму, як відповідальність, чуйність, милосердя, дотримання прав пацієнта і т.д.

Така увага до дисципліни в значній мірі може розглядатися як реальний ресурс формування етичної культури та духовності молодого спеціаліста і наше повернення до засад Доктрини А.Швейцера, який задекларував етику відповідальності за все живе. Це і визначає принципове місце біоетики у підготовці лікарів, що нині є одним з важливих завдань сучасної української вищої освіти.

ВПЛИВ БІОЕТИКИ НА СУСПІЛЬНУ МОРАЛЬ

S1.1/1 БІОЛОГІЧНА ЕТИКА ЯК ФЕНОМЕН СУЧАСНОСТІ

М. Кисельов

*Інститут філософії ім. Г.С.Сковороди НАН
України, Київ, Україна*

Біологічна етика – сучасний напрямок етичної думки, де робляться продуктивні спроби поєднання новітніх досягнень біології та медицини з духовністю та етичними принципами. Блискучі й, водночас, приголомшливі успіхи наук медико-біологічного комплексу, що багато в чому спираються на методологію технократизму, роблять біологію сферою драматичного протистояння ідеологій класичного раціоналізму та гуманітарії. Саме це протистояння намагається вирішити сформована порівняно недавно біологічна етика.

Прикметно, що саме на терені біології та екології за стилем мислення найбільш сходяться природознавець та гуманітарій. Зростання в цих галузях «антропоморфності» досліджень формує необхідність нарощування традиційних раціоналістичних процедур міркуваннями світоглядного та етичного характеру. Актуальність такого поєднання є більш ніж очевидною. Нині дійшло до того, що людина почала розповсюджувати свій контроль на власну еволюцію і прагне не просто підтримувати себе, а покращати і змінити свою природу, спираючись на власне розуміння. Вже говорять про медичну кримінальну мафію, підробку ліків, торгівлю людськими органами, продовження віку для багатих і прогресуюче донорство бідних. Пророкування О.Хакслі і Е.Замятіна стають реальністю.

Сучасні біотехнології «запускають» процес фактично пересотворення світу, яке поширюється і на тіло, і на душу. Біомедичні технології мають звільнити людину від біологічних «кайданів» та «сліпого еволюційного процесу». Настає нова ступінь людського розвит-

ку. Представники руху «трансгуманістів» у 2004 році об'єдналися у Всесвітню асоціацію, провели в Торонто (Канада) Міжнародну конференцію, на якій сформуливали вимоги повної свободи використання нових технологій для вдосконалення людського інтелекту, забезпечення людству «виходу» за межі планети. Людина тлумачиться як інформаційна система, яка може функціонувати на будь-якому матеріальному носію. Займають доволі агресивну позицію проти «біоконсерваторів» і вважають, що вчені не несуть моральної відповідальності і мають робити все, що вважають за потрібне (Летов О.В. Человек и «сверхчеловек». Этические аспекты трансгуманизма. – Человек. – 2009. – № 1. – С. 19-25).

Поттер назвав біоетику «новою мудрістю» і вбачав у ній органічне об'єднання біологів та гуманітаріїв. Саме цей феномен сучасності слугує об'єднуючим началом природознавчої та гуманітарної культур. Без їх інтеграції предмет біологічної етики є надзвичайно суперечливим, про що переконливо свідчать сучасні дебати щодо смертної кари, евтаназії, абортів, трансплантації, клонування, ГМП тощо.

Слушною видається і метафора В.Р.Поттера «Міст у майбутнє», позаяк проблеми біоетики безумовно є важливим засобом усвідомлення перспектив людської цивілізації. Без цього «моста» майбутнє людської цивілізації видається проблематичним. Біологічну етику він тлумачить як «науку виживання», нову мудрість, що має об'єднати біологічне знання та загальнолюдські цінності.

Біологічна етика стає важливим компонентом ціннісно-духовних підвалин людської цивілізації. Її проблеми відзначаються безпрецедентною складністю та неоднозначністю, вимагають від дослідників високого професіоналізму, розвиненого відчуття міри та такту, граничної вимогливості до себе та відповідальності.

S1.1/2 БІОЕТИКА В КОНТЕКСТЕ НООСФЕРНОЇ МОРАЛИ

Т.Н.Цырдя, Е.А.Скрипник

*Государственный университет медицины и
фармации РМ, Кишинэу, Республика Молдова*

Біоетика як комплексне междисциплинарне наукове направление може розглядатися в різних іпостасях. В світлі ноосферної моралі вона досліджується обов'язково і прежде всего в тих випадках, коли йдеться про розробку адекватних парадигм виживання людства. Сьогодні в філософсько-методологічній літературі пропонується декілька подібних варіантів, які, на наш погляд, могли б бути сгрупповані навколо двох концепцій забезпечення безпечної розвитку – *етичної* і *ноосферної*. Останні, к сожалению, інтерпретуються окремо, ізольовано один від одного, що явно не відповідає вимогам рішення глобальних проблем сучасності. Мораль і розум на практиці не можуть бути розділені, обов'язково повинні фокусуватися в одній точці, орієнтуватися в одному напрямку. Біоетичне знання лише тоді виконує свої функції і задачі в стратегії виживання, коли аналізується в контексті ноосферної моральності.

Сучасна цивілізація як частина ноосфери зробила в епоху невідворотного розвитку. Ключовою задачею тут виступає розробка *стратегії людини*, скоординованої з *стратегією живої природи*. Данна стратегія повинна застосовувати і нові удосконалення, наприклад, вона потребує в неординарній філософії – *філософії виживання*, нетрадиційної моралі – *ноосферної* і нової етики – *етики біологічної*. Одночасно, ноосферизація соціума, передбачаючи серед багатьох функцій і гуманізацію, і аксіологізацію, і біоетизацію соціального прогресу, збігається з практикою виживання людини і суспільства, з тенденцією до стійкого розвитку. Антропоноосферну революцію, т.е. трансформацію сучасного Homo Sapiens в *ноосферного*, можна і потрібно здійснити не тільки за допомогою інтелекту, але обов'язково і з допомогою біоетичних інструментів. Це стане можливим при оптимальному виявленні і реалізації цілей ноосферогенезу, серед яких плановий в масштабах всієї Планети зменшення зростання чисельності населення, встановлення нової суспільної культури і моралі, прерогатива біо-

сфероцентричного принципу в науковій і соціально-практичній діяльності людства, встановлення нового світового порядку серед держав і др. Становиться очевидним, що подібне бачення ноосферизації передбачає інтегрування в одну соціокультурну систему гуманістичних, біоетичних і інших характеристик, не висуваючи на перший план економічні вимоги, як це відбувається в техногенному суспільстві. Ноосферні модифікації і відповідальна ноосферна мораль включаються в стійке розвиток, їх траєкторії постійно зближуються, а ступінь їх сусідства говорить про процес становлення ноосфери, яке неможливо без застосування методологічних принципів і моральних вимогам біоетичних знань.

Глобальна біоетика неможлива поза планетарним інтелектом і ноосферної моралі, тільки в їх єдності, в взаємозв'язку і взаємодії можливо виживання людства. Біоетичне знання, розвиваючись в контексті ноосферної моралі, на певному етапі розвитку цивілізації провокують необхідність модифікації методології стратегії виживання. Йдеться про *нооцентричну* методологію, яка зможе бути реалізована через єдиний ноосферний інтелект і яка в купі з біоцентричною методологією складе теоретичне ядро при розробці стратегії безпечної розвитку сучасного світу. Таким чином, біоетика, біоетичне знання адекватно можуть «процвітати» лише в контексті ноосферної концепції, ноосферної моралі в особливості.

S1.1/3 БІОЕТИКА І ПАРАДИГМАЛЬНА СТРУКТУРА СУЧАСНОГО «ЧЕЛОВЕКОМЕРНОГО» ЕСТЕСТВОЗНАННЯ

В.Ф.Чешко

*Харьковский национальный экономический
университет, Украина*

Біоетика стала різновидністю постраціонального знання, відмінного від публічності теоретико-наукового дискурсу, междисциплінарним характером, концептуальним еklektизмом, ціннісним синкретизмом, соціальною прагматикою. В відповідності з методологією глобального еволюціонізму наука як соціальний інститут розглядається як субстанціональна і функціональна основа стійкої еволюційної стратегії техногенної цивілізації. Ключовим елементом в методології інтеграції нової наукової гіпотези в загальну теоретич-

кий каркас фундаментальної науки являється, як известно, сопоставление ее содержания с реальностью. «Науки о духе» и «науки о природе» разработали качественно специфические процедуры проверки обоснованности и аргументации своих теоретических построений, включенные в общую систему генерации нового знания. Формирующиеся ныне междисциплинарные области исследования (в качестве наиболее адекватного примера может служить биоэтика), представляют собой так называемое интерпретационное знание («кентавровое» знание, этико-эпистемологические гибриды) и обладают очень сложной логической структурой «парадигмы». Объяснительная модель здесь имеет не одну, а несколько систем исходных постулатов и принципов, лишь частично совместимых друг с другом. Связь между ними осуществляется через прикладные – проективные выходы теоретических концепций. Человекомерная наука порождает в этом случае исследовательские программы (Лакатос), имеющие не одно, а, по крайней мере, два центральных ядра и перекрывающийся пояс проективно-прикладных разработок, которые собственно и являются доступными верификационно-фальсификационному тесту. Особенности логико-концептуальной междисциплинарной организации постнеклассической науки: сеть относительно автономных теоретических концептов (а); автономия каждого парадигмального ядра относительно стандартов и норм адекватности и обоснованности конкретного концепта, которые не могут быть однозначно экстраполированы на другое внутриконцептуальное ядро (b); смысловые ассоциации (коннотации), реализующие связь между социогуманитарным и естественнонаучным ядрами (c); когерентность – фрактальность составляющих ее элементов вытесняет (в качестве принципа концептуальной адекватности объяснительной модели) причинно-следственную детерминацию (d); партикуляризм, или принципизм – ситуативные объяснительные модели ad hoc являются здесь не столько нежелательным и крайним средством сохранения жизнеспособности теоретической конструкции, сколько общим правилом решения возникающих теоретических проблем (e). Такая ситуация в принципе не является чем-то совершенно новым. Примерами интерпретационного знания являются, например, техно-технологические науки и в еще большей степени – медицина. С возникновением и прогрессом информационных наук и high-hume технологий она (ситуация) глобализируется, становится всеобщим атрибутом современной (постмодернистской) науки.

S1.1/4 **НАУКОВО-ТЕХНОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ХХІ** **СТОЛІТТЯ: СПОЛОХИ ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНИХ** **ТРИВОГ**

В.С. Лук'янець

*Інститут філософії НАН України
Київ, Україна*

Шквал наукових революцій, що трясуть нині молекулярну біологію, біомедицину, нейронауку, космофізику, нанонауки, комп'ютерсайнс, перетворює науку нового століття в каталізатор науково-технологічних стратегій, які символізуються такими брендами, як Біотех, Генотех, Нанотех, Наномед, Інфотех та ін.

В обрії соціально-філософської рефлексії кожна така стратегія – це людська воля, яка орієнтована на здійснення ефективного контролю й керування силами фізичного, біологічного, соціального світів. Породжувана сучасною технаукою індустрія інжинірингів, клонінгів, комп'ютерингів є новим «виміром свободи» науково-технологічної практики. Використовуючи цей вимір свободи, людина розпочала здійснювати проекти тотальних реінжинірингів біокосмосу, соціокосмосу, своєї власної біогенетичної природи. Прикладами таких реінжинірингів можуть слугувати:

нанотехнологічний реінжиніринг техносфери сучасного соціуму.

генний реінжиніринг світу живої матерії.
grid-мережевий реінжиніринг Всесвітньої мережі Інтернет і всього планетарного комунікативного праксису.

аномедичний реінжиніринг фармакологічної індустрії й всієї сфери охорони здоров'я,
Згадані вище бренд-проекти ХХІ століття – Нанотех, Біотех, Генотех, Інфотех, Наномед та ін. – це лише початок наростаючої лавини прийдешніх реінжинірингів.

Усвідомлення майбутніх наслідків використання людиною цього нового «виміру свободи» наповнює духовну атмосферу нашого століття надзвичайно тривожним екзистенціальним, суспільно-політичним і історичним змістом. Практика реалізації нового «виміру свободи» надзвичайно підсилює екзистенціальну гостроту сучасної дискусії з проблемами прийдешньої долі «дому буття землян», котрий в еру супертехнологій перетворюється на «суспільство ризиків, що глобалізується».

Багатопланове осмислення екзистенціальної ситуації, яка породжується симбіозом трьох когнітивних індустрій (індустрія знання, комп'ютеринг-індустрія й індустрія супер-хайтек) – актуальне завдання філософів науки ХХІ століття.

S1.1/5 **ПРЕВЕНЦИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ** **В БИОЭТИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ** **СОВРЕМЕННОГО СЕКУЛЯРНОГО** **КУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА**

Архимандрит Адам Ахаладзе

*Інститут медицини ім. св. Царя Тамар
Грузинської Патріархії
Тбілісі, Грузія*

Биоэтика выявляет и исследует сущность мира (Универсума) и мировоззренческие, гносеологические, онтологические и аксиологические проблемы человеческого бытия в нем путем изучения феноменов болезни, здоровья, жизни, смерти.

Целью настоящего исследования является определение среди прочих превентивной (предупреждающей и предотвращающей) функции биоэтики как самостоятельной научной дисциплины с точки зрения прогнозирования будущности человечества, выяснения закономерностей возможного возникновения перспективных биоэтических и других глобальных проблем и дилемм.

Сегодняшний мир существует в измерении секулярного культурного пространства. Секуляризация и сакрализация – «полюса живой, динамичной культурно-исторической антитезы, между которыми колеблется исторический маятник, устремляющийся то в одну, то в другую сторону и его движения свидетельствуют либо о волне сакрализации, либо о волне секуляризации». Ценностная иерархия и этические (биоэтические) системы прямо зависят от этих процессов.

Касаясь вопросов о предмете и цели прогнозирования, мы приводим дефиницию биоэтики, как такого уровня предметности медицинской этики, в котором отражаются новые нравственные проблемы медицины и прикладной биологии эпохи научно-технической революции, когда от их решения неизбежно зависят судьбы гуманизма и исходя из этого – судьбы всего человечества и, в целом, мира.

Постоянная открытость грядущим изменениям мирового порядка и ценностной ориентации, достижениям человечества в своей творческой и познавательной деятельности, открытиям в науке и технике, является основной характерологии прогнозного фона биоэтической картины мира, которая всегда будет детерминировать и трансформировать его.

Современный биоэтический статус человечества представлен наличием целого ряда биоэтических проблем, которые являются отражением существующей в современной

медицине и биологии, а также в жизни человечества в общем, проблемной ситуации, и которая, несмотря на многообразность и пестроту с первого взгляда, может быть рассмотрена как проявление заблуждений и отступлений современного человека в отношении духовно-нравственных ориентиров. Решением проблемы может стать сакрализация культурного пространства – признание примата духа и духовного.

S1.1/6 **ПРИНЦИПІЗМ ЯК ТЕОРЕТИКО-** **МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД У БІОЕТИЦІ**

С.В. Пустовіт

*Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Київ, Україна*

Біоетика, заснована на принципізмів виявилася, значною мірою, обмеженою метаетичними міркуваннями: аналізом логіки моральних тверджень, поясненням суті моральних термінів і суджень, описом логічних процедур і загальних способів мислення. Визнаючи позитивні сторони зазначеної концепції, насамперед, її інструментальний характер і простоту, критики звертають увагу на такі її недоліки, як слабкість аксіологічних і теоретичних підстав, перебільшення ролі принципів поваги до автономії та гідності особистості на шкоду іншим принципам, партикуляризм і формалізм. Принципісти абсолютизують «процедурний момент» морального рішення, що призводить до ідеалізації «морального судді», його дистанціювання від подій, що відбуваються у реальному часі й просторі, звільнення від відповідальності за ті або інші висновки.

На перший погляд, система принципів біомедичної етики не має певних цінностей або теорії, що їх об'єднує. Значення кожного принципу начебто відкрито для різних інтерпретацій, вони можуть навіть суперечити один одному. Водночас, принципи поваги до автономії та гідності особистості в біомедичній етиці стають головними, а цінності індивідуалізму центральними.

Концепція «загальної моралі» як метаетичної засади принципізму – це найбільш сильний і, водночас, найбільш слабкий його бік. Твердження про те, що існує якась загальна мораль є досить суперечливим, швидше за все, його варто розуміти як артикуляцію деяких моральних норм для освіченої еліти, у цьому випадку – медичної й академічної. При цьому все-таки залишається не вирішеним питання: що загальна мораль дозволяє і що забороняє?

В той же час, з погляду пропонентів утилітаристської і деонтологічної позицій, можна уникнути тиранії етичних принципів, але не можна обійтися без них взагалі. Вони необхідні для вирішення питань координації, кооперації й довіри в людських взаєминах. Перегляд концепції принципізму може полягати в поступовому русі від цінностей індивідуалізму до соціальних цінностей. На думку американського вченого Д. Каллахана, цей рух припускає звернення не тільки до цінностей комунітаризму й ідей мультикультуризму, але й до етики чеснот Аристотеля.

Вчені вважають, що ще не настав час «хоронити» принципи поваги автономії та гідності особистості (Д. Ротман), а обмеження американського та європейського принципізмів можна подолати за допомогою: їх поєднання з принципом відповідальності (А. Таубер); посилення принципу дистрибутивної справедливості (Д. Дегразія); синтезу ідей індивідуалістичного лібералізму та інвайронменталізму (И. Канео); гармонізації партикуляризму та універсалізму (Д. Каллахан) і метаетичної реконструкції самих принципів біоетики (Я.Д. Рендторф).

S1.1/7 USING BIOLOGICAL MATERIALS FOR HUMAN RESEARCH IN ESTONIA: ETHICAL AND LEGAL ASPECTS

V.Parve

*Institute of Philosophy and Semiotics, University
of Tartu, Estonia*

Firstly, an organ may be removed from a donor if informed consent for transplantation has been obtained from the donor. Secondly, if medical investigations ascertain that the risk to life/health of the donor implied by the removal is not higher than the risk implied by any other surgical operation of the same degree of complexity. Thirdly, if the purpose of the removal of the organ is its implantation for therapeutic purposes into the donor's descendant, cohabite, parent, grandparent or descendants of grandparents. Fourthly, there is no suitable organ available from a deceased person.

Be noted that a person with restricted active legal capacity may be donor of **regenerative tissues** only. This may be the case if there is no compatible donor with active legal capacity available (1); the recipient is the donor's brother or sister (2); there has been obtained consent of the donor's legal representative and permission of the administrative court judge (3); the donor does not have objection to the transplantation process (4).

Donation of organs/tissues if the donor or his/her legal representative has derived financial gain

from it is punishable by a fine of national 300 fine units.

Relevant regulations exist in a number of conventions and national acts. See¹: Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin (2002) ratified by the Parliament in June 2003, Transplantation of Organs and Tissues Act (2002) and Penal Code (2002) paragraph 150.

Seeking financial gain from donation of organs/tissues is punishable pursuant to the Transplantation of Organs and Tissues Act paragraph 3 and to the Penal Code.

For scientific research can be used embryos that are not used for a parental project due to earlier success of fertilization as well as in case of too many embryos.

NB In-vitro fertilization is allowed only with the intention of implanting the ovum into a woman until 14 days after fertilization. This does not concern the keeping of frozen embryos. Artificial Insemination and Embryo Protection Act (Amendments in 2003) stated that frozen embryos can be preserved for 7 years in an institution², which has the license for storage and research on embryos. If the embryo was not used for implantation during this period it can be used for scientific research. A woman has the right to give up embryos prior to the artificial insemination and it is allowed to implant up to 3 embryos in the course of one implantation. Persons, from whom germ cells originate, have to give consent for using the embryo in scientific research. Consent of an anonymous sperm donor is not necessary.

Implantation of an embryo, which has been previously used for research or genetic manipulation, into a woman is prohibited. Commercial transactions with embryos are prohibited.

S1.1/8 РОЛЬ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ В МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНІЙ МОДЕЛІ ПАРТНЕРСТВА ПРИ ОЦІНКАХ РИЗИКУ

**О.І. Турос¹, Я.П. Маркевич¹, А.А Петросян¹,
А.О Турос²**

¹ДУ «Інститут гігієни та медичної екології
ім. О.М. Марзєєва АМНУ», Київ, Україна

²Національний університет ім. Т. Г. Шевченка,
Київ, Україна

Двома найважливішими функціями засобів масової інформації є інформаційна – отримання і розповсюдження відомостей про найважливіші для громадян і органів влади події,

та освітня – донесення до громадян знань, що дозволяє їм орієнтуватися у суперечливому потоці інформації. Ці функції є особливо важливими при подачі інформації щодо впливу забрудненого навколишнього середовища на здоров'я населення. Об'єктивна подача такого роду інформації в Україні ускладнюється через недостатню освіченість представників засобів масової інформації, які спеціалізуються в екологічній журналістиці.

Інформування населення щодо ризику – це процес розповсюдження результатів визначення ступеня ризику для здоров'я людини та рішень щодо його зниження для тієї частини населення, яка підпадає під вплив екологічного ризику. Передача і поширення інформації щодо ризику є закономірним продовженням оцінки ризику, яка проводилася науковими експертами. Отримані в процесі оцінки ризику дані повинні бути повністю зрозумілими представникам ЗМІ, щоб вони могли адекватно висвітлити їх.

В рамках низки проектів по оцінках ризику від забруднення атмосферного повітря на здоров'я населення, що проводилися в м. Запоріжжя лабораторією гігієни атмосферного повітря та оцінок ризику ДУ «ІГМЕ ім. О.М. Марзєєва АМНУ» за підтримки Американської агенції з охорони довкілля та Всесвітнього Банку на етапі інформування щодо ризику, було проведено велику освітню роботу серед представників мас-медіа. Метою проектів було започаткувати низку ініціатив зі співпраці та заходів, які забезпечать зниження рівнів промислового забруднення повітря в м. Запоріжжі та зменшать ризик від промислового забруднення для здоров'я населення, що надасть змогу поліпшити стан здоров'я мешканців міста, а також поширити цей досвід на інші регіони України, а, в перспективі, впровадити в загальнонаціональному масштабі. Основні цільові групи учасників і потенційних партнерів проведених проектів: Запорізька міська Рада, управління екології Запорізької міської ради, державні органи Мінприроди та МОЗ, промислові підприємства, місцеві організації громадянського суспільства, населення загалом та ЗМІ. При розповсюдженні інформації щодо ризику бралися до уваги особливості сприйняття цієї теми різними цільовими групами.

Початковий рівень журналістів на початку проектів був дуже різним, деякі могли досить точно освітити проблеми, окремі зовсім не розумілися на цьому питанні. Серія навчальних семінарів для представників мас-медіа дозволила значно підвищити розуміння екологічних проблем, що було зумовлено

не тільки розширенням кругозору, а й підвищенням фахового рівня. Веб-сайт «ЕкоСвіт Запоріжжя» ([http:// www.eco.health.zp.ua/color.htm](http://www.eco.health.zp.ua/color.htm)), розроблений в рамках проекту, дав можливість широкого оприлюднення матеріалів ЗМІ та їх рейтингування. Отже, в реалізації проектів, що вимагають міжсекторального партнерства, мас-медіа мають всіляко підтримувати біотетичні стосунки між всіма зацікавленими групами за допомогою інформаційної та освітньої функцій, а для цього журналісти мають бути достатньо поінформованими та освіченими.

S1.1/9 БІОЕТИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ОКРЕМОЇ ЛЮДИНИ ЯК ОСНОВНА ОЗНАКА СВІДОМОСТІ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУСПІЛЬСТВА

Є.Мельникова, П.Ю.Улізко

ХДЗА, Харків, Україна

Я не уявляю собі конгрес, де так гостро, так широко, а, найголовніше, так дієво можна б було підняти питання аморальності сучасного суспільства, виявити основні причини його занепаду та розробити методи захисту українського народу від спустошення як нації високоінтелектуальної, культурної, співчужої та життєдайної.

Головним завданням науковців в усі віки була спроможність зазирнути за завісу майбутнього і відсторонити людство від необізнаних помилок. Ми живемо у шквалі інформаційних потоків, їх приймачем стає кожен окремий громадянин, і всі ми разом. Сьогодні ми бачимо, що в Україні дві історії, мало кому цікава культура, і майже ніхто не хоче відповідати за здоров'я своє і близької людини. Люди живуть химерами, які замінили їм щастя. Чому?

Сучасна людина, користуючись засобами масової інформації, може не тільки оператив-но отримати необхідну інформацію, а й взяти участь в її створенні і обговоренні. Є такий вираз: «хто володіє інформацією – той володіє світом». Але, як ми бачимо, її легкодоступність, наочність та інтерактивність не роблять саме нас володарями. Цю роль бере на себе дехто інший. Той, хто має в своєму арсеналі важелі впливу на суспільство (інформаційні джерела) і, використовуючи психологічну модель, вдало керує його свідомістю, роблячи його пригніченим і слухняним. Чи не задумувались ви чому «розкручені» проблеми займають занадто вагоме місце у повсякденному житті людей, затьмарюючи власні реа-

¹ <http://www.ethics.ut.ee/383852>

² <http://www.novavita.ee/eng/fet-1>

лії, які є непоодинокими в житті кожного, але далекі від тих, що формуються зверху. Яку роль відіграє ЗМІ у формуванні моральності суспільства? Як впливає на розвиток біоетики в ньому? На сьогодні моя відповідь: руйнівну.

Як на мене, одним з критерієм міри біоінформації є її достовірність, а міра «етики» має бути присутня у її цільовому призначенні. А якщо насправді цільове призначення власників ЗМІ величезні гроші та влада, про яку мораль може йти мова?

Біоетика являється наукою високоморальною, а на цьому грошей не заробиш. В тому й полягає наша роль, роль вчених:

- ми маємо донести до людей з різних соціальних ланок сутність впливу засобів масової інформації на їхні «життєвідчуття»;
- створити й впровадити методи «правильного» отримання безмежних потоків даних;
- будь-які засоби підійдуть, щоб змусити кожну людину бажати «обробляти» отриману інформацію на предмет її достовірності;
- зацікавити кожного адресата аналізувати з подальшим втіленням у своє особисте життя, відчувачи відповідальність за його покращення власноруч.

На превеликий жаль сьогодення є діаметрально протилежним. Більшість інформаційних потоків призначені для формування людини пасивної, спроможною тільки отримати дані для констатації своєї неспроможності приймати важливі рішення задля майбутнього країни.

Варто пам'ятати, що всі інформаційні потоки ЗМІ черпають з нашого життя, дій і вчинків. Наче мікроскоп вони можуть примножити незначну подію і зменшити важливість іншої. Свідоме суспільство формується з людей, які беруть на себе відповідальність, отримуючи обмислюючи і аналізуючи будь-яку інформацію, беручи до уваги засоби її отримання, джерело подання, адекватність, правдоподібність. З іншого боку, треба розуміти, якщо нам цікавий аморальний продукт ЗМІ, цікавий за рахунок того, що не потребує зусиль по його «обробці», значить він має попит на ринку товарів і послуг, і він буде продаватись по ціні еквівалентної спустошенню душі як індивідууму, так і свідомості суспільства в цілому.

Сила та розквіт українського народу, якому пощастило народитись на щедрій і красивій землі, напряму залежить у єднанні його з природою, у відчутті себе її дітям і усвідомленні того, що всі хто поруч – твоя родина. Моральне суспільство – це люди, які об'єднуються на захист біоетики та живуть по її законах.

S1.1/10 РЯЗАНОВА БАЛКА ЯК ВИТВІР БІОСФЕРИ (ВІД ЕКОЦИДУ ДО ЕКОЕТИКИ)

М.О.Горін, О.П.Мазуренко

Харківський НАУ ім. В.В.Докучаєва, Харків, Україна

«Рязанова балка» розташована в межах землекористування навчгоспу Харківського агроуніверситету і є одним з типових представників ландшафтних лучно-степових екосистем з рідкісними, зникаючими та ендемічними видами трав'янистих рослин, притаманних Середньоруській провінції Лісостепу, занесених на пропозицію авторів до природно-заповідного фонду (ПЗФ) України у складі Галицько-Слобожанського екокоридору національної екологічної мережі. Як витвір Біосфери, «Рязанову балку» відрізняє від інших заповідних територій значне біорозмаїття (більше 170 видів рослин з 24 сімейств, у т.ч. з фітотерапевтичними властивостями), яке маркує тут унікальні фітоценози перехідного типу – від схилових фрагментів сухого степу до зволжених (болотистих) луків. Свої екологічні ніші тут зайняли немало класичних червонокнижників та зникаючих рослин (сон український, піон вузьколистий, адоніси весняний та волзький, дивина чорна), багато лікарських, нектаро- та пергоносних рослин; рідкісні анемона лісова, істод сибірський, ломонос цільнолистий, гіацинт бліднуватий, касатик низький, птицемлечник Гуссона, ковила волосиста, астра степова, астрагал, грудниця шерстиста, залізняк колючий, цибулі жовтіюча та гусяча та ін. представники лучних різнотравно-злакових степів. Значне флористичне різноманіття заказника зумовлює притаманну лучним степам багатократну зміну аспектів з їх надзвичайною красою. Є тут і дерев'янисті рослини, розташовані невеликими островцями на схилах та у верхів'ї балки, у саду, який прилягає до неї, та в лісосмугах – переважно дуб звичайний, береза, липа, ясен високий, клен польовий, груша звичайна, абрикос і чагарники (бересклет, акація жовта, свидина кроваво-червона, жимолость татарська).

Рослинне (загалом біологічне) розмаїття заказника «Рязанова балка», передусім його рідкісні та зникаючі види на раритетних цілинних ґрунтах на схилах різних експозицій, крутизни та форми, піщане підґрунтя з підземними водами – усе це надає даному об'єкту ПЗФ неповторної значимості не стільки у господарському, як у науково-пізнавальному, естетичному та інших аспектах, у т.ч. й

екоетичному. Такі унікальні витвори Біосфери як «Рязанова балка» є вкрай вразливими і потребують особливої турботи людини як еталони незайманої лісостепової природи, яким воістину немає ціни!

Тож те, що трапилось нинішньої весни з балкою, а саме – пожежа через звичайнісіньке нехлюйство й дрімуче безкультур'я сучасних пітекантропів, які влаштували тут свій травневий «уїкенд» – інакше як екоцид не назвеш. Значна частина біосферних раритетів згоріла. Екоцид шокував громадськість Слобожанщини і став на кілька тижнів предметом широкого обговорення на телебаченні з участю авторів, які вбачають можливість попередження подібних проявів екоциду виключно на шляхах застосування екоетичного імперативу (диск с телематеріалами додається).

S1.1/11 ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ В СУФИЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Х.З.Турсунов, Д.С.Турсунова

Центр биоинформационной медицины, Узбекистан, Ташкент

Принципы современной биоэтики сформировались и развиваются на основе обобщения моральных, духовно – нравственных и этических норм древних целителей. В этом отношении определяющую роль сыграли высокая духовность, нравственность и гуманизм суфизма и суфийской медицины.

Суфийская медицина – это медицина посвященных, т.е. суфийским целителем может стать только посвященный человек, который прошел суфийский путь духовного преображения и познания.

Суфизм – это энергоинформационный процесс пробуждения и развития скрытых возможностей человека для его самосовершенствования и завершенности. Завершенность или совершенство – это достижение самого высокого уровня человеческих возможностей и способностей. При этом реализация скрытых человеческих возможностей связана с его внутренним миром. Прежде всего его духовными, моральными и нравственными установлениями, а также степенью его осознанности и понимания мироздания. Совершенство или завершенность приходит к тем, кто достигает гармонии со всем существующим и равновесия между материальностью и духовностью. Когда примеряются внешне противоположные полюса, личность становится совершенной. Своим совершенством суфии заложили основу современной науки, медицины, в том числе и биоэти-

ки и других видов человеческой деятельности.

В суфийской медицине целительские практики делятся на три категории: для тела; для разума и чувств; для души. Следовательно, в суфийском целительстве необходимо знать и принимать во внимание все уровни существования, которые делятся на физический, ментальный и духовный и отличаются лишь степенью вибрации. Понимание каждого из этих планов бытия позволит научиться уравнивать их и работать с каждым из них для оздоровления людей. Согласно суфизму причины заболеваний коренятся в разуме, т.е. на ментальном плане. Развитию любых болезней предшествуют соответствующие мысли, которые на физическом плане приобретают форму конкретной болезни. Иначе говоря, начало заболеваний – это нарушение энергоинформационного обмена, энергетического равновесия, между духовными, ментальными и физическими планами. В целом, правильное понимание и восприятие мироздания является основой суфийского целительства.

Реализуя свои знания, при осмотре больных суфийский целитель в первую очередь, на основе пульсовой диагностики, определяет энергетическое состояние организма и выявляет нарушения его равновесия. Коррекцию обнаруженных биоэнергетических нарушений он осуществляет проведением пульсо- и фитотерапии, суфийского массажа, использованием методов гомеопатии, систем «мантра» и «янтра», ментальных и физических упражнений и других, присущих только суфийскому целительству энергетических приемов. Суфийский целитель способен также программировать настои и смеси лекарственных трав и растений на лечение конкретных заболеваний с учетом принципов биоэтики.

S1.1/12 КОСМОЭТИКА – ЭТИКА БУДУЩЕГО

А.И. Гоженко

ГП УкрНИИ медицины транспорта МЗ Украины, Одесса, Украина

Основными этапами развития современной этики можно считать: антропосоциальную этику, медицинскую этику, биоэтику, экоэтику, нооэтику. Суть каждой из них состоит в выработке принципов нравственного поведения человека в мире. При этом переход (развитие) от этапа к этапу этики основано на понимании (осознании) человечеством взаимосвязей и взаимозависимости человека с человеком, обществом, живой природой, всей природой и разумным человеческим слоем цивилизации.

Между тем человек является частью все-ленной. Его поведение в ней, отношение к ней должно строиться на понимании единства мира (космоса) во всех формах его существования: материальной, информационной и духовной. Отсюда все действия и приоритеты современного человека (общества) должны осуществляться с пониманием (признанием) законов мироздания, частью которого является человек (общество).

В этой связи научное и духовное откровения показывают, открывают нам положение человека в этом мире – положение мыслящей материальной и духовной субстанции, которые не выходят его над миром, а дают возможность для осознанного саморазвития в системе космоса. При этом, не подчиняя мир себе, а развиваясь в мире, по его законам, по законам его внутренней логики. Таковым является оптимальный путь развития человечества и человека в жизни. При этом следует отметить, что понимание целостности мира меняет отношение к определению роли человека, его взаимодействию с миром. Человек может успешно развиваться не преобразовывая мир под себя, а познавая закономерности мира, их эффективно использовать. Следовательно этика и все подсистемы должны базироваться на науке, которая будучи объективной формирует нравственное поведение человека (общества) базирующееся на научном и духовном познании мира. Под наукой подразумевается знание, а не процесс научного познания, который технологически может не вполне соответствовать содержанию этики. Следовательно, осознанное поведение общества и человечества в соответствии с этикой базируется на науке, научном знании, т.е. этика есть научное знание закономерностей мира (космоса).

S1.2/1 О ФЕНОМЕНЕ ХРИСТИАНСКОЙ БИОЭТИКИ

И.В.Силуянова

*Российский Государственный Медицинский
Университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия*

В настоящее время с полным основанием можно говорить о существовании в европейской культуре наряду с различными вариантами светской биоэтики феномена «христианской биоэтики».

О существовании феномена христианской биоэтики свидетельствует ряд факторов: фундаментальные труды о православной биоэтике Т. Эгельхардта (США) и С. Харакаса (Греция), специальный журнал «Christian bioethics», издаваемый Оксфордским университетом, многочисленные публикации, работа Института по

биоэтике в Римском католическом медицинском университете, научно-практические конференции. Одна из них – международная конференция «Биоэтика: восточно-православные и западно-христианские перспективы» (Дарэм, Великобритания, 2009 г). Основной целью конференции было содействовать богословско-этическому диалогу известных западных ученых с восточно-православными специалистами по биоэтике. В ходе работы конференции были выявлено своеобразие в решении основных биоэтических проблем между западно-католическими и восточно-православными учеными – проф. Т. Эгельхардтом (США), проф. Л.Гормали (Линакр центр, Лондон), проф. Э. Лауфом (Дарэм), доктором Б. Ванненветша (Оксфорд), д-ром А. Андреопулосом (Лэмпетер), д-ром Р. Сонгом (Дарэм), д-ром Н. Мессером (Лэмпетер) и др. Сегодня в этом диалоге принимают участие и российские специалисты по биоэтике. Совершенно очевидно, что христианские подходы к решению биоэтических проблем не могут не вызывать интерес, в частности, у православной научной и религиозной общественности в России и Украине, тем более, что уже в течение ряда лет биоэтическая проблематика активно разрабатывается православными учеными и богословами.

Во «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека» (статья 2, ЮНЕСКО, 2006 г.) говорится о необходимости «содействия плюралистическому диалогу по биоэтическим проблемам между всеми заинтересованными сторонами в рамках общества в целом». Такая позиция соответствует международным нормам в области прав человека. Рассмотрение особенностей христианской биоэтики в таком правовом контексте не может не способствовать диалогу по биоэтическим проблемам в современной европейской культуре, в том числе, если заинтересованными сторонами этого диалога являются представители различных христианских конфессий.

S1.2/2 ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ КАТЕГОРИЙ «СВОБОДА» И «СОВЕСТЬ» В НАУКЕ И РЕЛИГИИ

В.М.Белов, Ж.А.Рабчинский

*Международный научно-учебный центр
информационных технологий и систем
Национальной академии наук, МОН Украины,
Киев, Украина*

Категории «свобода» и «совесть» человека являются фундаментальными качествами лич-

ности, органичное взаимодействие которых сказывается на общественно полезной деятельности, здоровье, жизненной траектории человека. Смысловое содержание названных понятий, их взаимодействие в светской науке и христианском Богословии не совпадают. В современной философии и психологии они рассматриваются в изолированном виде, а содержательная трактовка понятий обуславливается особенностями методологий, языком описания, присущих той или иной гуманитарной науке, школе.

В светской науке свобода и совесть человека не имеют равнозначной ценности, при этом акцент преимущественно ставится на категорию свободы. Что касается совести, то она больше декларируется и в идеологии заменяется моралью, т.е. добровольно/принудительно взятыми личностью обязательствами перед государством и обществом. В то же время, в мировых религиях эти понятия органично взаимосвязаны и в своем единстве символизируют императив исполнения принципов духовного, душевного и телесного совершенствования, соответственно требованиям высшего нравственного закона, управляющего эмпирическим и трансцендентальным миром во имя достижения истины, красоты и гармонии во Вселенной, человеческом обществе и конкретной личности. Высший нравственный закон воплощен в заповедях, а, по сути – в совести человека, понуждает людей согласовывать свободу своего волеизъявления, направленность и содержание своей деятельности с принципами разумной необходимости, вселенской целесообразности. Духовный план в человеческой сущности является высшим организующим и действующим истоком, который совокупно с совестью определяет и регулирует цели, средства и пути деятельности, сам смысл человеческой жизни как служение высшим идеалам. Между тем, человек как существо изначально греховное, эгоистическое, горделивое и тщеславное проявляет нравственную безответственность в определении границ своей свободы для удовлетворения собственных притязаний, постоянно колеблется в выборе духовных либо бездуховных, созидательных либо деструктивных альтернатив в той или иной сфере деятельности, не прогнозируя ее последствий в собственной судьбе. Человек в эгоистических устремлениях к богатству, власти и славе, отпав от Бога, возвел себя на престол верховного распорядителя и вершителя судеб общества и природы, игнорируя либо подавляя голос собственной совести. Вся история человечества свидетельствует о пагубности подобных устремлений, уже принесших неисчислимые страдания, жертвы и разрушения.

S1.2/3 ПРОБЛЕМА УПЕРЕДЖЕННОСТИ І НЕУПЕРЕДЖЕННОСТІ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ МІЖЕТИЧНИХ ДИСКУСІЙ

О.Ю.Мережинська

НМАПО імені П.Л.Шупика, Київ, Україна

Дискусії в загальній етичній теорії завжди позначаються на обговоренні питань та вирішенні проблем в царині біоетики. Полеміка між класичною моральною філософією та консеквенціалізмом, а також етикою піклування, має серйозний вплив і на медичну етику. Згідно консеквенціалізму, правильність або неправильність дії визначається виключно її наслідками. Класична етика піддається критиці за універсалізм, абсолютизм та «вердиктність» моральних оцінок. Суть принципу універсалізації полягає в тому, що коли індивіду в якійсь окремій ситуації пред'являється певна вимога, то цю вимогу можна вважати моральною лише у випадку, коли вона може бути звернена до будь-кого і будь-хто мусить діяти подібним чином. Цей принцип стосується й моральної оцінки: вона вважається власне моральною лише у випадку, коли подібним же чином оцінюються діяння й інших людей /вимога «неупередженої оцінки»/. Отже в класичній моралі існують загальні, єдині для всіх людей і ситуацій критерії та основи оцінок. Відповідно до логіки морального мислення, загальне присутнє в одиничному та визначає це одиничне. Принцип універсалізації означає рівноправне положення кожного суб'єкта дії в структурі моральних відносин.

Постновоевропейські етичні концепції, зокрема етика піклування /ethics of care/, критикують класичну етику та деонтологію за відсутність уваги до контексту, у якому відбувались події, що піддаються моральній оцінці, та до наслідків цих подій. Не задовольняє їх і те, що в центрі етичного осмислення знаходиться норма, а не конкретна особистість. Сама особистість бачиться тільки раціональною, уособленою, незалежною від світу інших людей, безтілесною та неемоційною. Класична етика піддається критиці за те, що вона начебто закликає слідувати нормам, а не піклуватись про благополуччя ближнього. Моральна оцінка в класичній етиці, на їх думку, буде тим вище, чим менше звертається уваги на контекст та наслідки діяння, прихильності та почуття людей, які беруть в них участь. Нові концепції вимагають переходу від універсалізму, абсолютистності та трансцендентності моральних норм класичної етики до варіативності, контекстуальності,

відносності та іманентності нової етики. Етика піклування протистоїть теоріям, які використовують в якості ключових понять поняття морального обов'язку та правильних принципів і аналізують в першу чергу дії людини та її поведінку, а не її мотиви та переживання. Утилітаристські концепції прагнуть зосередитись на таких поняттях як щастя, задоволення, користь, істина, краса. Етика піклування розглядає суб'єкт моральної оцінки з точки зору взаємозалежності учасників події, яка піддається моральному аналізу, а не лише на основі принципів автономії та рівності. Цей підхід прагне не стільки раціональності, скільки аналізу цілісного переживання в момент діяння, оскільки мораль має бути вплетена в саме життя, а не зверхньо позирати на нього

Вищезгадані постновоевропейські етичні підходи стали серйозним викликом для біоетики та медичної етики в осмисленні проблеми упередженості і неупередженості прийняття рішень в контексті медичної практики. Так англійський філософ Бернард Вільямс критикує прагнення до повної неупередженості в прийнятті рішень та започатковує захист певної небезсторонності в цьому процесі. Його думка розвивається в рамках критики універсалістського підходу в біоетиці та медичній етиці, який, на думку автора, веде до деперсоналізації та максимізації загальних цінностей та відсторонює від морального аналізу особистісні інтереси учасників подій, відчуття прихильності та емпатії. Його аргументи фокусуються на думці, що прагнення до повної неупередженості підриває особистісну інтеграцію, відчуття самості і відчужують людину від її найглибших переконань і прихильностей. Але ж «близькість» відноситься до онтології людського існування. Людина не може весь час перебувати в стані прагнення до повної об'єктивності, та емоційної відчуженості. Тому потрібно захистити певну міру небезсторонності та нормативності оцінки, що базується на повазі до відчуття «близькості» та особистих прихильностей в стосунках людей. Якщо консеквенціалістська та деонтологічна етика наголошують на універсальних стандартах та неупередженості в прийнятті рішень, то в рамках концепції етики піклування наполягають на важливості аналізу відносин між людьми, їх емоцій та прихильностей. У зворотному випадку починає діяти мовчазний принцип, згідно з яким деякі пацієнти мають переваги. Саме існування мовчазних принципів прийняття рішень є наслідком прагнення до абсолютизації вимоги неупередженості.

Наведена дискусія показує важливість відкритості, прозорості та необхідності етичного контролю за ситуаціями на теренах практичної

медицини. Що ж до існування різних етичних концепцій та підходів до вирішення моральних проблем, то їх залучення допомагає досягти більш чіткого зображення самих невіршених питань і сприяти їх розв'язанню.

S1.2/4 ХРИСТИАНСЬКІ ЦЕННОСТІ І ІМПЕРАТИВИ В КОНТЕКСТЕ БІОЕТИКИ

І.П.Банарь

*Государственный университет медицины и
фармации им. Н.Тестемицану
Кишинэу, Республика Молдова*

Особую важность в биоэтических исследованиях представляет собой религиозный фактор. Христианству принадлежит особая роль в анализе биоэтических проблем, который имеет в качестве ориентира его основные ценности. Классификация христианских ценностей, различные императивы, которые смогли бы привести новые ориентиры в решении вопросов с позиции традиционного христианства, составляют предметы актуальных тем в современной философии и теологии. В этой связи логично классифицировать их на три группы – моральные, догматические и культовые, которые главным образом способствуют эволюции европейских ценностей. Группа *моральных* ценностей являет собой более выраженное основание для исследования биоэтиками данной проблемы и объединяет в себе, помимо ценностей известных еще со времен древних греков, и такие как строгость, доброта, храбрость, мужество, достоинство, смелость, справедливость, преданность, то есть жизненные цели и ценности, свойственные христианству, известные в литературе для специальной подготовки как теологические добродетели: вера, надежда и любовь.

Концептуальное содержание ценностей древних греков в христианской доктрине получает другую интерпретацию, существенно отличающуюся от прежней: здесь жизнь и право на жизнь представлено как жизненно важная ценность. В трудах эпохи патристики она проявляется как божественный дар, обретаемая моральный образ. Отталкиваясь от теоретического содержания нравственности, логично выделить некоторых теологических императивов которые урегулировали бы взаимоотношение этого вида морали с биоэтикой в философско-теологическом аспекте к этой проблематике: *Верховенство Бога, Святость жизни, Межличностная любовь*. Любовь является сущностью христианской морали,

утвержденная самим Иисусом Христом (Мф. 22:37-39). Поэтому ее необходимо применить по отношению к живым существам в каждом аспекте жизни, а особенно в биомедицинских вопросах. *Жизнь человека направлена к трансцендентности*. «Христианская этика сосредотачивается на воплощении красоты, истины и непорочности жизни Божьего Царства».

Эти императивы являются сутью религиозной морали, которая направляет наше отношение к определенным действиям, таким как чрезмерное вмешательство человека в природу, аборт, генетические эксперименты (включая человеческое клонирование) и эвтаназия. Вопросы, которые задаются врачу, можно сформулировать так: как можно осуществить настоящую совместную деятельность, сотрудничество между человеком и Богом, так, чтобы наш выбор и решения относительно жизни и смерти могли соответствовать божественной воли? Как следует действовать, чтобы любовь божественного существа являлась настоящим фундаментом всех наших межличностных, личных отношений и особенно отношений с больными? Опасность, которая грозит биоэтике, состоит в том, что она может быть захвачена экономическими или социологическими интересами, более, нежели духовными.

S1.2/5 ЦІННІСТЬ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ У КОНТЕКСТІ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ

**І. М.Паробецька¹, В. Т.Андрушко², Н.О.Назар³,
Т. Л.Вигнан⁴**

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

²Національний лісотехнічний університет України,

³ЛРІДУ НАДУ при Президентіві України,

⁴Львівська обласна клінічна лікарня,
Львів, Україна

Наше суспільство переживає сьогодні екзистенціальну кризу духовного виміру людського життя, бо, з одного боку, відбувається розвиток медицини, сприяння збереження життя, а з іншого – моральна деградація та інші чинники стають причиною зневаги Божого Дару та людської гідності.

Згідно християнського учення, людина отримує тіло через своїх батьків, а дух, душу безпосередньо від Бога. Душа людини безсмертна, має свій початок із моменту запліднення і відповідає за вчинки особи. Біблія говорить, що ще в лоні матері дитина відчуває щастя або нещастя (Еклезіаст 6,4), Іван Христитель, будучи ще в лоні Єлизавети, радіє з приходу Марії з Ісусом (Лк. 1, 44), Син Божий вочлонується силою Святого Духа в лоні

Марії (Мт. 1, 18).

Людина покликана шанувати життя, його гідність, а також повинна зберігати природу, тварин і рослинне життя. З першого ж моменту його існування за людиною повинні бути признані всі права людської особистості.

Життя людини є недоторканим, бо належить до Бога, а Він його доручає людській свободі. Життя зачатє має оберігатися з найбільшою турботою.

Людське життя священне, бо з самого початку воно несе в собі творчу дію Бога і назавжди перебуває в особливому зв'язку з Творцем – своєю єдиною Ціллю. Один Бог є Владика життя, від початку його і до кінця: ніхто з будь-яких обставин не може претендувати на право прямо знищувати невинну людину.

Варто звернути увагу на повчання папи Пія XII, який неодноразово висловлювався на ці теми, які сьогодні вважаємо царіною біоетики: «Людина має право на життя, що походить безпосередньо від Бога, не від батьків, будь-якого суспільства чи влади. Отже, не існує жодна інша людина, людська влада, наука чи медичні, евгенічні, суспільні, економічні, моральні рекомендації, що мали б розпоряджатися невинним людським життям».

Сьогодні наука в стані довести, що ембріон від моменту запліднення є людською особою, наділеною людською гідністю і заслуговує на повагу. Від моменту злиття гамет, ембріон має у собі всі характеристики людської істоти: нову і тільки їй властиву сутність, яка має свою власну проект-програму життя і розвитку; внутрішній динамізм, що визначається та керується геномом аж до формування дорослої людини; існує у вигляді цілісного організму, який має координовану структуру росту та розмноження; є автономним; здійснює самоконтроль над реалізацією своєї генетичної програми; його хромосоми доводять приналежність ембріона до людського роду, що визначається також через особливості його власної генетичної структури (геному).

Людське життя повинно користуватися повагою й захистом з моменту запліднення до природної смерті.

S1.2/6 ЦЕРКОВЬ І БІОЕТИКА

Єпископ Макаровский Иларию (Шишковский)
*Синодальный отдел религиозного образования и катехизации Украинской Православной Церкви
Киев, Украина*

Биоэтическая проблематика в настоящее время присутствует в церковной жизни в двух основных измерениях: как предмет богословской рефлексии и как область взаимодействия и диалога с

обществом, государством, профессиональными сообществами и гражданскими институтами.

В первом из этих измерений следует указать на концептуализацию подходов к рассмотрению и оценке основных проблем биоэтики с позиций православно-христианского вероучения, изложенную в Основах Социальной Концепции Русской Православной Церкви (2000). Этой проблематике посвящены в частности разделы: Вопросы личной, семейной и общественной нравственности; Здоровье личности и народа; Проблемы биоэтики.

«Формулируя свое отношение к широко обсуждаемым в современном мире проблемам биоэтики, в первую очередь, к тем из них, которые связаны с непосредственным воздействием на человека, Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божиим, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности...» (Основы Социальной Концепции Русской Православной Церкви).

Развитие отдельных положений Концепции и их применение по ряду частных вопросов биоэтического характера получило в таких общецерковных документах, как: «Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом» (2004 год), «Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека» (2008 год). В 2009 году Священным Синодом Украинской Православной Церкви принимается «Концепция Украинской Православной Церкви относительно развития паллиативной помощи в Украине».

Эти документы, будучи результатом богословского осмысления и этического анализа вызовов современности, стали вместе с тем, и основой выстраивания сотрудничества и диалога Церкви и общества по вопросам биоэтики.

Площадками и инструментами этого диалога являются Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике при Московском Патриархате, совместные конференции Церкви, научных и общественных институтов, участие представителей Церкви в работе этических комитетов, общественных консультативных советов государственных органов и учреждений здравоохранения.

В диалоге с обществом Церковь указывает на непреходящую роль духовных ценностей, особую приоритетную значимость духовного измерения человеческой жизни в условиях техногенной технократической цивилизации.

S1.2/7 ПРОБЛЕМА СОВІСТІ ТА ОБОВ'ЯЗКУ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В КОНТЕКСТІ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ

**М.Б.Шегедин, Р.С.Чорненко, Х.П.Мазепа,
с. Д.- Г.Т. Терешкевич**

*Львівський державний медичний коледж імені
Андрея Крупинського
Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

Життя і здоров'я людини – головні фундаментальні цінності суспільства. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження і вимагає від нього гуманного ставлення до людей, поваги до них та співчуття, доброзичливості, милосердя, порядності та справедливості.

Головною метою держави в галузі охорони здоров'я має бути забезпечення умов досягнення максимальних термінів природної тривалості та високої якості духовного, душевного та фізичного здоров'я нації. Адже в професії медичного працівника такі якості, як чесність, високий професіоналізм мають особливе значення. Готовність в будь-який момент прийти на допомогу хворій людині є вираженням морального складу лікаря.

Медичний працівник повинен пам'ятати, що головний суддя у його роботі – це, насамперед, його совість. Розглядаючи цю категорію, слід підкреслити, що суспільство протягом всієї історії свого розвитку не лише проявляло до лікаря велике зацікавлення, але й ставило до нього високі вимоги. Совість – самоусвідомлення, почуття моральної відповідальності за свою поведінку і свої вчинки, «внутрішній суддя» людини, її ставлення до моральних потреб суспільства в цілому, і кожної людини зокрема. І найкраще це передають відомі слова Авіценни: «Alis inserendo ipse consumor» – «Служачи іншим, згоряю сам». Хай ці слова стануть кредо наших діянь. Нехай образ палаючої свічки буде нашим символом у нинішній хоч тривожний, але обнадійливий час. Лікар завжди повинен нести в душу людини надію на порятунок, добровільно стати на шлях згоряння – у власноруч розкладену ватру він має щодня докидати часточки своєї душі, щоб вона не згасла, не жевріла, а горіла.

Людина, яка володіє цією професією, повинна володіти не лише науковими здобутками фаху, але й високими духовними якостями.

Отже, проблема совісті та обов'язку медичних працівників в контексті біоетики посідає значне місце, адже це – професійна необхідність. Лікар повинен виконувати свої обов'язки

з повагою до життя та гідності пацієнта, керуючись морально-етичними принципами, бути вірним Клятві Гіппократа.

S1.2/8 ЭТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА ВРАЧА И УЧЕНОГО В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

**В.Ф.Москаленко, А.И.Егоренков,
А.П.Яворовский**
*Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, Киев, Украина*

Предлагаются для обсуждения результаты теоретического анализа по следующим аспектам творческого наследия **Войно-Ясенецкого В.Ф.** (свт. Луки, 1877-1961 г.):

- *В чем состоит особенность этической парадигмы (в науке, в лечебной деятельности, в обучении молодых врачей и студентов) проф. Войно-Ясенецкого Валентина Феликсовича (архиепископа Луки) и на какой мировоззренческой, духовной платформе основана эта парадигма?*
- *Какие из особенностей этических взглядов архиепископа Луки актуальны сегодня для воспитания и обучения современного поколения врачей?*
- *Как практически имплементировать в Украине эту этическую парадигму?*

Разгадка сути этических представлений проф. Войно-Ясенецкого В.Ф. может состоять в расшифровке его же слов: **«плоха та нравственность, к которой мы относимся не религиозно»**. Для того, чтобы системно «расшифровать» эту этическую концепцию В.Ф. Войно-Ясенецкого необходимо не только рассмотреть всю совокупность высказанных им мыслей о морально-нравственных аспектах жизни и деятельности врача, ученого, педагога, христианина. Нужно также дать ответы на следующие вопросы: Как эти идеи и взгляды реализовывались в его реальной многосложной жизни ученого, врача, архипастыря? Как он реагировал иногда на самые злободневные этические темы (например, на проблему смертной казни, проблему гонобаров от врачебной деятельности, проблеме смысла медицинской профессии и т.д.)? Неоценимую роль в таком анализе играют тексты его многочисленных проповедей. Изучение творческого (богословского и медицинского) наследия Войно-Ясенецкого В.Ф. позволяют нам сделать вывод о том, что в основе профессиональной этики В.Ф. Войно-Ясенецкого находится синтетическая (христианско-православная / научная) этическая парадигма. Такая парадигма яв-

ляется результатом синтеза православной и естественно-научной антропологической модели человека. В качестве примера можно привести этические выводы, которые следуют из мировоззренческих представлений проф. Войно-Ясенецкого В.Ф. о «сердце как органе духовного познания». В подобных синтетических новациях видимо и находится разгадка профессиональной этики проф. Войно-Ясенецкого В.Ф., ее органичности для отечественной культурно-цивилизационной «матрицы» и актуальности для использования в системе современного биоэтического образования в Украине.

S1.2/9 ЗАПЛІДНЕННЯ IN VITRO: ДОПУСТИМА АЛЬТЕРНАТИВА МАТИ ПОТОМСТВО? МОВА МАС-МЕДІЙ В СПРАВІ ПОДРУЖНЬОГО БЕЗПЛІДДЯ

А.А.Гебальська
*Університет Кардинала Стефана
Вишинського
Варшава, Польща*

W pierwszej części zatytułowanej: Sztuczne zapłodnienie-dobre dla kogo? zostaną podjęte kwestie dotyczące tego czego dotyczy zapłodnienie pozaustrojowe, jakie są praktyki i sposoby pozyskiwania komórek rozrodczych męskich, żeńskich oraz czy w związku z tym można mówić o człowieku w kategoriach «produktu», pozbawionego godności i szacunku.

Kolejna część podejmuje prezentacje refleksji etycznej na temat in vitro, z uwzględnieniem perspektywy historycznej i nauczania Kościoła powszechnego w tym względzie, gdzie po raz pierwszy stanowisko kościelne zarysowane zostało już w roku 1897.

Następny paragraf poświęcony został stanowisku współczesnej myśli etycznej wobec prokreacji techniczowanej. Podzielony został następnie na trzy pod paragrafy odnoszące się kolejno do relacji in vitro wobec godności dziecka/embrionu, zagrożeń wobec «nowego życia», jego życia oraz zdrowia oraz zagrożeń w stosunku do matki i relacji między małżonkami, z uwzględnieniem jakże ważnych aspektów psychologicznych, będących skutkiem techniczowanej prokreacji, którym towarzyszy m.in.: rozczarowanie, zawiedziona ambicjonalność, napięcia emocjonalne, poczucie winy i niekiedy często długofalowość metody, która na pew-

no nie jest bez znaczenia także i w wymiarze emocjonalnym egzystencji ludzkiej. Podział ten zdaje się być o tyle istotny gdyż w zapłodnieniu techniczowanymi uczestniczą osoby ludzkie podejmujące konkretne decyzje a następnie je praktycznie urzeczywistniają. Zatem ważnym elementem stają się perspektywy dziecka oraz perspektywy relacji i kontaktów osobowych mężczyzny i kobiety.

W następnej kolejności omówione zostanie stanowisko mediów wobec zarysowanej w poprzednich punktach problematyki, sposobów prezentacji metody przez media. W celu szerszego spojrzenia i uniknięcia chaosu, media podzielono odpowiednio na polskie media katolickie i media laickie, gdzie na wybranych przykładach, poddane analizie zostało ich stanowisko i sposób mówienia o bezpłodności w małżeństwie i o zapłodnieniu in vitro. Często temu zagadnieniu towarzyszy spór, nie tyle o samą istotę, co o granice eksperymentu genetycznego. Na tym gruncie zawsze będzie istniał konflikt, ale podjęta została próba odpowiedzi na pytanie dotyczące statusu mediów jako miejsca do dyskusji światopoglądowej. Często «wykrzyczenie» swych racji pozbawionych konkretów, mija się z celem, gdzie zapomina się o odniesieniu do dialogu i współpracy. Media powinny być tą płaszczyzną, gdzie naczelną zasadą winna być prawda, a przekaz medialny pozbawiony powinien być manipulacji. Język mediów, w zależności od światopoglądu bywa agresywny, pozbawiony rzetelnej dyskusji merytorycznej.

S1.2/10 ЭВТАНАЗИЯ КАК ВЫЗОВ ХРИСТИАНСКОЙ ЭТИКЕ

Протоиерей Геннадий Батенко
Синодальный отдел «Миссия Церковь и медицина»
Украинской Православной Церкви
Киев, Украина

Эвтаназией принято называть приближение смерти больного по его просьбе какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Основным предметом дискуссии стала эвтаназия активная, и теперь, когда говорят об эвтаназии, то имеют в виду именно эту ее

разновидность.

Сегодня активная эвтаназия резко и безоговорочно осуждается. Однако негласно подобная практика существует во многих странах. По данным Американской медицинской ассоциации, большая часть больных, умирающих в больницах США, уходит из жизни добровольно с помощью медперсонала.

В связи с эвтаназией становится очевидным необходимость и неотложность проведения трансдисциплинарных научных исследований неопытного танатологического поля биоэтического мира.

Множество проблемных биоэтических ситуаций характеризуется потребностью аксиологической оценки болезни и здоровья, жизни и смерти. Вопрос – каковы смысл и ценность человеческой болезни? – является решающим при изучении ряда биоэтических дилемм, связанных с эвтаназией:

Эвтаназия безнадежно больных, престарелых и сильно страдающих больных;

Эвтаназия новорожденных с наследственными заболеваниями, пороками развития и уродствами;

Пренатальная диагностика болезней для внутриутробной эвтаназии.

Нам представляется необходимым углубление и расширение научных изысканий в области биоэтики эвтаназии с дальнейшим применением этих достижений в качестве теоретических и методологических основ в процессе разработки систем рекомендаций по научно- и мировоззренчески обоснованному реагированию на существующие биоэтические танатологические проблемные ситуации, т. е. по выработке личностных, семейных, профессиональных, общественных, национальных, правовых, государственных, глобальных отношений к ним.

S1.2/11 НАУКА. РЕЛИГИЯ И БИОЭТИКА В ЭПОХУ HIGH-NUME ТЕХНОЛОГИЙ

В.А.Черненко, В.Ф.Чешко
Харьковский национальный экономический университет, Украина

Мы становимся свидетелями удивительно-го раздвоения смысла этого понятия. С одной стороны, **управляемая эволюция** означает качественное углубление и расширение могущества человеческого интеллекта как фактора, определяющего основное направление эволюции Вселенной, и связанное с этим возрастание ответственности за космические последствия принимаемых нами повсед-

невных решений. С другой – «естественный», не подверженный вмешательству человека, но доступный нашему наблюдению и познанию мир превращается из объективного факта в артефакт, приобретает теологический смысл. Наука и Вера, чьи пути разошлись с возникновением техногенной цивилизации вновь встречаются в переломной для судеб *Homo sapiens* точке эволюционной сингулярности, за которой проглядывает наступление постчеловеческого будущего. «Борьба за существование» неотделима от изначального стремления человека преодолеть свою зависимость от природы, как внешней по отношению к человеку, так и данной ему изнутри. Эти две зависимости суммируются в то, что можно назвать трансцендентной зависимостью – **судьбой**, которая традиционно реализовывалась в границах природной предопределенности и психологическом ее отрицании – символическом протесте против неизбежного. Стержнем менталитета Запада выступает стремление человека к некоему предельному идеалу (**«Per aspera ad astra – Через тернии к звездам»**). Оно дополняется второй стержневой конструкцией, сакрализующей и, одновременно, ставящей пределы этому идеалу (**«по образу и подобию» Бога**). Тем самым актуализация стремления сблизить мир Сущего и мир Должного получает характер движения к Абсолюту, конечной цели («точке Омега», Тейяр де Шарден). Устранив Абсолют – богоподобие сущности человека, мировоззрение техногенной цивилизации устраняет и телеологический вектор его биосоциальной эволюции, делает ее открытой. Бытие человечества разбивается на множество автономных «экзистенциальных проектов», составляющих его индивидуумов. Реализация их определяется лишь технологическими возможностями их осуществления и координации. Биоэтика оказывается тем контроллером, который обеспечивает, по крайней мере, – потенциально преемственность вектора антропогенеза. Категорический биоэтический императив эпохи технологий управляемой эволюции можно сформулировать следующим образом: «Мера моей уникальности прямо пропорциональна той мере неопределенности, за которую я готов нести ответственность». *Уникальность* выступает здесь как природная заданность (неслучайная случайность), *неопределенность* – как свобода символической интерпретации этой заданности, а *ответственность* – есть своеобразный медиатор соответствия между первым и вторым. Соблюдение этого принципа должно

сохранить самоидентичность человечества и сохранение принципов гуманизма в виду приближения зоны глобальной эволюционной бифуркации, чреватого сценарием наступления «постчеловеческого будущего».

P1/1 БИОЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МОРАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ В УКРАИНЕ

П.Н. Витте
ГУ «Институт медицины труда НАМН Украины», Киев, Украина

В октябре 2005 года Генеральная ассамблея ЮНЕСКО приняла путем акклимации Всеобщую декларацию о биоэтике и правах человека. Иначе говоря «впервые в истории биоэтики государства-члены и международное сообщество обязались уважать и реализовывать основополагающие принципы биоэтики, изложенные в едином документе». Естественное предположить, что эти научно-обоснованные принципы, которые затрагивают все слои общества, будут доведены до сведения широкой общественности, в том числе медико-биологической в нашей стране, как участнице ЮНЕСКО.

Однако в Украине, вопреки логике и принятым на себя законодательным обязательствам, происходят шаги в противоположном направлении. Во первых, в том же году ликвидируется комиссия по биоэтике при Кабинете Министров Украины. Затем, в стране, в различных СМИ получили еще большее распространение прогнозы астрологов, оккультистов, и другие не научные взгляды, навязывается точка зрения, что общественные отношения можно построить «по наитию», на основе лженаучных подходов к прогнозу развития общества и сознания и фактически отсутствия научного подхода.

Указанное приводит к извращенному пониманию в обществе сказанного в Декларации ЮНЕСКО, что «люди являются неотъемлемой частью биосферы и играют важную роль в защите друг друга и других форм жизни, в частности животных». В то же время указанные выше взгляды представляют человека как иное существо, что приводит затем, к введению в принятый Кодекс врачебной этики антинаучных элементов так называемой теории Эриха Блехшмидта, нашедшую своих сторонников у наших последователей зарубежных иезуитов. Указанные сторонники этой теории находят пути для ее пропаганды, вплоть до подачи в суды с требованием отказаться в школах от преподавания признанной даже Ва-

тиканом теории эволюции и введения только теории креационизма. Удивляет не прямая поддержка государства пропаганды фактически теории убийств женщин, которая, якобы, поддержана церковными «служителями». Автор имеет в виду возведение церковь в ранг святых Жанны Беретти Молли, которая для обеспечения рождения ребенка, сознательно пожертвовав своей жизнью, обосновав свой поступок, в необходимости которого ее убедили церковно-служители, своей верой. Автор убежден, что ничего подобного истинные служители церкви не могут себе позволить. Более того, подталкивание к самоубийству является правонарушением. Т.о., безусловно есть необходимость в поддержке жизни во всех ее проявлениях, однако нельзя неверно толковать жизненно-важные вещи с целью их не этичного использования против человека, и поиска в этом выгоды.

БІОЕТИКА І ПРАВО

S2.1/1 БІОЕТИКА: МЕЖДУ ФИЛОСОФИЕЙ И ПРАВОМ

Н.Н.Седова,
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Биоэтика является философской наукой со специфическим – нормативно-оценочным – понятийным аппаратом. Она комплементарна философии медицины, но не является ее составной частью. Приоритетными проблемами для философии медицины являются проблемы онтологические и гносеологические, а для биоэтики – аксиологические и праксеологические.

В биоэтике можно вычленить трехуровневую структуру. **Теоретическая биоэтика** – совокупность знаний об отношении человека к живому, представленная в виде аксиологического дискурса. Ее предмет – отношение к живому. Метод – открытое рациональное обсуждение. Язык – этические категории и понятия. Субъект четко не определен.

Практическая биоэтика – институционально оформленная нормативная регуляция и ценностная экспертиза отношения человека к живому. Предписания оформляются в виде кодексов, клятв, хартий, деклараций и других подобных документов, не являющихся юридическими. Субъекты практической биоэтики – этические комитеты, комиссии, консультанты. Способ оценки – соотнесение поступков и намерений с указанными предписаниями. Санкции – неформальные.

Прикладная биоэтика – описание конкретных ситуаций поведения человека по отношению к живому. Индивидуализированная оценка. Частные рекомендации. Апеллирует к моральному сознанию конкретной личности.

Очевидно, что только теоретическая биоэтика может выступать и выступает как прикладная философия. В то же время, все три уровня биоэтики существуют в единстве, связь между ними носит векторный характер.

Теоретическая биоэтика отстает в своем развитии от практической и прикладной, что может привести к дефрагментации дисциплины в целом и потере ею своего научного и социального статуса. Преодолеть эту тенденцию можно, целенаправленно разрабатывая аксиологические проблемы биоэтики как первичные по отношению к деонтологическим.

Но, с другой стороны, современная праксеология детерминирована в большей степени деонтологическим контентом биоэтики, следствием чего является активное сближение биоэтических и правовых концептов. Можно говорить о реальности методологического кроссинга биоэтики и права.

Методологический кроссинг биоэтики и права осуществляется в общем категориальном поле, где понятия, обозначающие ценности биоэтики и/или права, имеют свой источник в одном из этих интеллектуальных комплексов, но активно «работают» в объяснительных процедурах другого комплекса по принципу прямой и обратной связи. Соотносясь как пересекающиеся множества, биоэтика и право создают нормотворческое поле, которое нельзя отнести ни к той, ни к другой дисциплине, что создает проблемы нормативной идентификации. Но такое поле пересечения необходимо для рождения новых идей, норм, оценок, востребованных как в биоэтике, так и в праве.

S2.1/2 БІОЕТИЧНІ ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ І ПРАВОВІ РІШЕННЯ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ВИМІР І УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

Р.Ю.Гревцова
Академія адвокатури України, Українська медико-правова асоціація, Київ, Україна

Сьогодні в усіх країнах Європи чимало уваги приділяється осмисленню біоетичних проблем, що виникають у зв'язку з використанням сучасних досягнень біології і медицини, та виробленню орієнтирів, які

застосовуються при розробці правових рішень на європейському та національному рівнях.

Україна приєдналася до низки міжнародних договорів, що стосуються або зачіпають права людини у сфері біомедицини, зокрема Конвенції про захист прав людини та основних свобод (1950), Європейської соціальної хартії (1996) тощо. Україною підписана і Конвенція про права людини та біомедицину (1997). Незмінне євроінтеграційне прагнення України спонукає до гармонізації вітчизняного законодавства із законодавством Європейського Союзу.

Чимало біоетичних проблем знайшли своє вирішення в законах України та інших актах чинного законодавства. Здебільшого якість такого вирішення в цілому відповідає вимогам міжнародних документів. Проте існує ціла низка невирішених проблем та питань, до розв'язання яких законодавець застосував далеко не оптимальні підходи.

Належного вирішення вимагає проблема розподілу обмежених ресурсів у вітчизняній системі охорони здоров'я, яка повинна бути орієнтована на пацієнта. Права пацієнта, каталог яких суттєво розширився з прийняттям Цивільного кодексу України (2003), повинні наповнитися реальним змістом. Необхідно гарантувати на законодавчому рівні усі права пацієнта, які передбачені Європейською хартією прав пацієнта (2002). Потрібно покращити стан правового регулювання відносин між лікарем і пацієнтом, вдосконаливши не тільки низку норм, наприклад, норми щодо отримання і оформлення інформованої згоди пацієнта на медичне втручання, а й практику їх застосування.

Потребують вдосконалення порядок проведення операції штучного переривання вагітності (2006) та порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій (2008).

Існує необхідність і в подальшому удосконаленні нормативно-правового регулювання трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині.

Варто звернути увагу на приклади вдалого удосконалення чинного законодавства України з урахуванням біоетичних стандартів, втілених у міжнародних документах. Так, новий порядок проведення клінічних випробувань лікарських засобів (2009) значною мірою підвищив рівень захищеності прав досліджуваних.

Удосконалення правового регулювання біомедичної діяльності має відбуватися з урахуванням європейського вектору розвитку суспільних відносин при збереженні вікових моральних традицій українського народу.

S2.1/3 МЕДИКО–ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМ ДЕМОГРАФИИ

**А.А.Бабанин, О.В.Беловицкий,
А.А.Кузьминский, О.Ю.Скребкова**
*Крымский государственный медицинский
университет имени С.И. Георгиевского, КРУ
«Бюро СМЭ», Симферополь, Украина*

Резкий рост демографической кривой, совпавший с началом промышленной революции, в результате прогресса науки, медицины и экономики позволил расширить емкость среды обитания человека. Однако, в настоящее время, на основании демографических исследований можно сделать вывод, что экономически развитые страны испытывают очень серьезные проблемы с перенаселением, связанные в первую очередь с неконтролируемой экономической миграцией из стран с низким уровнем социально-экономического развития. Развитые страны, проводя суверенную политику в области народонаселения, должны в такой ситуации стабилизировать демографический рост за счет снижения рождаемости. Системе планирования семьи необходимо сделать максимально централизованной и контролируемой органами государственной власти. Это возможно при условии юридического признания факта, что право на рождение не является личным, неотчуждаемым субъективным правом. Ранее независимый репродуктивный выбор, будет контролироваться государством, например, путем добровольной стерилизации в обмен на социально-экономические блага и льготы (получение вида на жительство, контракт на работу, бесплатное образование, медицинское страхование и др.)

Для избежания серьезных демографических кризисов в высокоразвитых странах, на наш взгляд имеется единственный способ – жесткая демографическая политика государства в виде контрольной системы мер, предпринимаемых государственной властью на основе соответствующей нормативно-правовой базы, с целью решения специфических для данной страны проблем, связанных с перенаселением.

Широкому применению таких методов могут препятствовать некоторые общепринятые устаревшие этические нормы, согласно которых деторождение можно трактовать как неотъемлемое право человека. Однако, для предотвращения последствий глобального демографического кризиса, на смену старой библейской догмы: «плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю», возможно пора применить известный китайский лозунг – «одна семья – один ребенок».

S2.1/4 МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ СТАНДАРТЫ РАВНОПРАВИА И НЕДИСКРИМИНАЦИИ ПО СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ И ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

М.В.Ларькова
*ГОУ ВПО «Саратовская государственная
академия права», Саратов, Россия*

Международное сообщество признает, что все люди рождаются равными и свободными в своих достоинствах и правах. Однако до сих пор существуют социальные группы, которые подвергаются дискриминации, в частности по своей сексуальной ориентации и гендерной принадлежности.

Основные акты по правам человека¹ предусматривают запрет дискриминации по различного рода основаниям: полу, расе, языку, религии, политическим и иным убеждениям, национальному и социальному происхождению и иным признакам, к которым можно отнести и запрет дискриминации по признаку сексуальной ориентации. Однако прямого запрета дискриминации по такому основанию ни один из указанных актов не предусматривает. Тем не менее, ряд международных организаций расширил круг оснований защиты от дискриминации своих граждан, внеся в таковой сексуальную ориентацию².

Большая роль в борьбе с дискриминацией по признаку сексуальной ориентации и гендерной принадлежности принадлежит Совету Европы. В рамках его органов было издано ряд Рекомендаций по вопросам положения лиц нетрадиционной сексуальной ориентации и соблюдения их прав.

Так ряд Рекомендаций Парламентской Ассамблеи и Комитета региональных и местных властей Совета Европы³ посвящены вопросам запрета дискриминации лиц

1 Всеобщая декларация прав человека 1948г., Конвенция о защите прав человека и основных свобод 1950г., Международный пакт о гражданских и политических правах 1966г., Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966г., Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979г., Конвенции СНГ о правах и основных свободах человека 1995г.

2 Например, Хартия основных прав Европейского Союза (п.1.ст. 21.)

3 Например, Рекомендация Парламентской Ассамблеи 924 (1981) относительно дискриминации гомосексуалов, Рекомендации Парламентской Ассамблеи 1470 (2000) относительно ситуации геев и лесбиянок, а также их партнеров относительно предоставления убежища и иммиграции в государствах-участниках Совета Европы, Рекомендация Парламентской Ассамблеи 1474 (2000) относительно ситуации лесбиянок и геев в государствах-участниках Совета Европы, Рекомендация Конгресса региональных и местных властей 211 (2007) относительно свободы собраний и мнений для лесбиянок, геев, бисексуалов и транссексуалов.

по сексуальной ориентации, в частности, государствам-членам Совета Европы рекомендовано обеспечить их равными трудовыми, семейными правами с гетеросексуальными лицами, отменить уголовную ответственность за гомосексуальные акты между взрослыми лицами по их взаимному согласию, обеспечить запрет влияния путем обязательных медицинских действий или исследований, направленных на изменение сексуальной ориентации взрослых лиц, а также обеспечить свободной реализации права на выражение своего мнения и т.д.

Таким образом, необходимо принятие обязательных для исполнения актов как регионального, так и универсального характера, позволяющих создать эффективный механизм борьбы с дискриминацией по признаку сексуальной ориентации.

S2.1/5 О НЕОБХОДИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РОССИИ

И.В.Силуянова, В.В.Яковлев
*Российский Государственный Медицинский
Университет, Москва, Россия*

С учетом демографической ситуации в России мы предлагаем:

- принять новую редакцию ст. 36, исключив первую фразу «Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве», и заменив ее на следующее положение: «Каждая женщина решает вопрос о материнстве после беседы с врачом и в соответствии со своими нравственными и религиозными убеждениями»;
- добавить в текст статьи положение, отражающее политику государства, терпящего убыль населения: «Врач при беседе должен исходить из презумпции деторождения, естественных законов природы»;
- внести изменения во второй абзац данной статьи в целях ограничения доступности аборта. Это означает необходимость утвердить проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения вне рамок обязательного медицинского страхования через систему предоставления платных медицинских услуг (ст.50 Гражданского Кодекса РФ);
- сократить перечень социальных показате-

ний к искусственному прерыванию беременности с 4¹ до 1 позиции: для беременностей после изнасилования;

- легализовать право врача отказаться от производства аборт, закрепленное в п. 6 Декларации Всемирной медицинской ассоциации «О медицинских абортах» (Осло, 1983). Привести «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» в отношении свободы отказа от аборта в соответствии со статьей 28 Конституции РФ.

Мы против введения уголовной ответственности за аборт. В то же время мы считаем допустимым наряду с предложенными мерами рассмотреть и такую возможность, как исключение статьи 36 из «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» и переход к регулированию данной медицинской процедуры наравне с другими медицинскими процедурами нормативными ведомственными актами. Данная мера предотвратит правовой «пиар» превращения опасного с точки зрения медицины, преступного с точки зрения морали, катастрофического для государства и трагического для каждой женщины выбора в категорию ее неотъемлемых прав.

Перечисленные меры, безусловно, будут способствовать совершенствованию этической корректности российского медицинского права, что найдет свое отражение в изменении морального отношения в обществе к аборт, что в свою очередь рассматривается нами как важнейший этико-правовой фактор решения демографических проблем страны.

S2.1/6 БИОЭТИКА И ПУБЛИЧНЫЕ ПОЛИТИКИ В КОНТЕКСТЕ ПОСТДЕМОКРАТИИ

С.Л.Спринчан

*Государственный университет медицины и фармации им. Н.Тестемичану
Кишинэу, Республика Молдова*

В свете нового порядка функционирования социума в условиях постдемократии, публичные политики в области биоэтики или стратегии, основывающиеся на биоэтических концепциях, в качестве неких путеводных формулировок для дальнейшего развития и прогресса сообществ и человечества, должны императивно отражать не только интересы индивидуума, но и биосферы, природы в

целом.

Социум (будучи, в глобальном плане, структурально-функционально негомогенным, но всё же конвергентным по своей сути, для своих составных частей), в процессе развития присущей ему политической системы, как жизненно важной компоненты, прогрессировал поэтапно (отдельные сегменты которого, адаптировали, в отдельно взятых промежутках истории, различные пути, испробовав разнообразные модели общественного управления), от 1) додемократической формы организации (в период зарождения императива доминирования легитимности и всеобщей политической вовлечённости), 2) ранней демократии (период первых попыток прикладного внедрения принципа принятия социо-политических решений большинством), достигнув этапа 3) зрелой демократии (развивая и совершенствуя демократическое постиндустриальное общество с характерными ему механизмами), переходя, на нынешней стадии своего развития, к 4) декадентской демократии, к упадку и невозможности дальнейшего развития данной общественно-политической системы, в силу многочисленных противоречий и кризисов (социо-экономических, социо-природных, эколого-экономических и т.д.). Естественным образом, преодолевая этап разложения и профанации демократических идеалов, путём решения конфликтов, кризисных ситуаций и противоречий, общество будущего, должно строить дальнейшее своё постдемократическое развитие, на принципиально новой ценностной основе.

В данных условиях трансформации и перехода от демократического этапа развития общества к постдемократии, которые будут проходить через псевдодемократическую (транзиторную) стадию самоорганизации социума (финальный этап декадентской демократии) и появляется биоэтика, когда традиционные институты присущие демократической системе управления, начали выполнять новые функции, несоответствующие, по форме, своему предназначению, из за изменения общих условий и появления новых факторов, влияющих, кардинальным образом на стратегическое, коллективное восприятие траекторий (потенциальных возможностей) дальнейшего общественного развития. Именно публичные биоэтические политики в процессе становления постдемократии, призваны будут придать будущему обществу и его политическим институтам санократический характер, в смысле направленности на центральные ценности Человека

и Общества будущего – Жизнь и Здоровье, как в личностном, индивидуальном плане, так и в коллективном, глобальном смысле.

S2.1/7 ПРАВА ЛЮДСЬКОГО ЕМБРИОНУ

О.В.Огірко

*Львівський національний університет
ветеринарної медицини та біотехнологій імені
С.З. Гжицького, Львів, Україна*

Розвиток людського ембріону проходить в такий спосіб: після запліднення яйцеклітини, настає перший дуже інтенсивний поділ клітини. Від хвилини поєднання гамет, яйцеклітина набирає специфічне для людського роду число 46 хромосом, в яких поміщається генетичний код, тобто ДНК. Після цього першого періоду інтенсивних клітинних поділів, близько третього тижня настає утворення зародкового диска зчеплення, що містить екто-, мезо- і ентодерму.

Від четвертого тижня після запліднення розпочинається етап зародкового розвитку, який триває аж до восьмого тижня. Починають розрізнятися тканини і доходить до виникнення первинних зав'язей всіх головних укладів.

У дев'ятому тижні життя розпочинається етап розвитку плоду, який триває аж до моменту народження. Стаються виробленими остаточної органи із зав'язей первинних органів.

Із моменту об'єднання гамет, маємо справу з людським життям, що розвивається, яке реалізовує свою програму розвитку, записану в генетичному коді.

Людський ембріон має ряд прав:

- право на зачаття в сім'ї із справжнього батька і справжньої матері. Недопустимим є запліднення в штучний спосіб, або застосування гетерогенного запліднення подружньої пари, коли надавцем гамет є хтось поза подружжям;
- право на ідентичність. Раз зачатє людське життя має право на буття визнане реально існуючим індивідом;
- право на життя. Це перше і основне право кожного людського існування. Усілякі інші права знаходять свою обґрунтованість і здійснення в цьому фундаментальному праві. Тому не можна обмежувати його обов'язковості до кількості днів від зачаття, це право зобов'язує із самого початку;
- право на пренатальну опіку. Діагноз пренатальності (протікаючий внутріутробний розвиток) має за завдання викриття можливої хвороби і її пізніше лікування. Він ніколи не може стати інструментом знищення зачатої дитини;
- право на свободу. Дитина повинна бути ба-

жана для неї самої, а не для «досягнення вартості» батьків. Вона не може також бути предметом експериментів, або також продуктом штучного запліднення;

- право на юридичний догляд. Не можна говорити про «права ембріону», якщо законодавство окремих держав не визнає його за суб'єкта права;
- право на тілесну неприкосновенність.

Тіло зачатої дитини не може бути вживане як «банк запчастин» до трансплантацій органів дорослим особам (за винятком спонтанного викидня). Не можна також робити з тіла зачатої дитини предмету комерційних трансакцій.

Людська істота має бути шанована і трактована як особа від моменту свого зачаття і тому від цього самого моменту потрібно визнати права її особи, серед яких перш за все недоторканне право кожної безневинної людської істоти на життя.

S2.1/8 ПОСТАБОРТНИЙ СИНДРОМ: ПЛАТА ЗА ВИБІР

**с. Д.- Г.Т.Терешкевич¹, о. Михайло Лучків²,
О. Р.Джура³**

*¹Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького,*

²Монастир Чину Святого Василія Великого,

*³Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

Оцінка життя людини з точки зору біоетики однозначна: людське життя повинно користуватися повагою і захистом з моменту запліднення до природної смерті. Не можна допустити його зневаги, зокрема, через добровільний (фармацевтичний чи хірургічний) аборт. Внаслідок недостатньої уваги до проблеми абортів в Україні склалася критична демографічна ситуація, яка загрожує своїми наслідками майбутньому держави, адже рівень народжуваності не забезпечує простого відтворення населення.

На жаль, українське законодавство не передбачає інформування лікарем про жакливі наслідок аборт – постабортний синдром (ПАС) жінок, які наважуються зробити аборт. Лікар інформує про це у випадку, коли має власну визначену позицію: підпорядковується Божим законам, які є досконалими законами Любові. Такі лікарі поки-що у меншості.

Постабортний синдром – це поєднання психічних симптомів чи захворювань, які можуть проявлятися внаслідок переживань після аборт. Це стосується насамперед жінок,

1 Постановление Правительства Российской Федерации от 11 августа 2003 г. № 485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности»/ Российская газета. Опубликовано 15 августа 2003 г.

які зробили аборт, а також чоловіків, лікарів, які брали участь в ньому.

Проблема постабортного синдрому в нашому суспільстві ще не стала об'єктом всезагального обговорення, тому його жертви здебільшого переживають проблему в ізоляції і без належної допомоги. Наслідки абортів вимагають комплексного лікування і не можуть зводитися лише до медичного консультування та терапії, але також слід розглядати цю проблему з огляду на духовну сутність людини і віднайти шлях примирення з Богом, із собою та тими, хто був до цього причетний.

Часто жінки кажуть, що після абортів ціле подальше життя їх мучить совість. Саме совість людини – той природний моральний закон, який написаний Творцем у серці кожної людини. Лікарі-психологи засвідчують, що усіх жінок, які звертались до них по допомогу, незалежно від їх культури, хвилює питання про духовну природу людини і її взаємини з Богом. Це природний покликання серця людини до Бога, до Покаяння, яке може очистити совість і з Божою допомогою повернути жінці самоповагу, почуття власної гідності і власної неповторності, щоб продовжувати своє життя в радості і любові.

Для зцілення потерпілих від абортів та наслідків ПАСу необхідно створити реабілітаційні центри, забезпечені священиками, кваліфікованими лікарями та психологами з відповідною фаховою підготовкою.

З метою профілактики добровільного абортів необхідно популяризувати знання про ПАС серед широкої громадськості (передусім через засоби масової інформації).

S2.2/1 БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

**А.А.Бабанин, О.В.Беловицкий,
А.А.Кузьминский, О.Ю.Скребкова**
*Крымский государственный медицинский
университет имени С.И. Георгиевского, КРУ
«Бюро СМЭ», Симферополь, Украина*

В медицинской литературе приводится много определений, но все они в той или иной степени являются вариантами опубликованного в 1941 году известным ученым-медиком И.В. Давыдовским: «Врачебная ошибка – это добросовестное заблуждение врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества». В юридической

практике отсутствует понятие «врачебная ошибка», это означает, что ошибка не является проступком, правонарушением или преступлением.

Врачи в своей практической деятельности редко пользуются понятием «врачебная ошибка», чаще называя результат. В этой проблеме главное – это причины, которые привели к ошибочному диагнозу, осложнению, неблагоприятному исходу, а также отношение к ним тех, кто их совершил, и окружающего врачебного сообщества. Оценка врачебных действий – это не только функция коллег. Социальными субъектами оценки правонарушений в медицине являются правоохранительные органы, а также сами пациенты, их родственники, общественные организации, такие, как многочисленные объединения по защите прав пациентов и др.

Несмотря на стремительное развитие современных медицинских технологий, тенденции к уменьшению неправильных врачебных действий не наблюдается. Для этого имеются объективные и субъективные причины: (1) необычайная сложность профессии; (2) узкая специализация современной медицины; (3) излишнее доверие к современным технологиям, которая привела к пренебрежительному отношению к информации от самого пациента при собеседовании о возникновении и течении его заболевания; (4) человеческий фактор.

В тех странах, которые тщательно изучают врачебные ошибки, анализируют их и тем самым уменьшают количество судебных разбирательств, были выработаны правила поведения врача при допущении ошибки. Модель правильного врачебного поведения выглядит следующим образом: (1) признание ошибки, как бы она не была тяжела по последствиям; (2) извинение за то, что можно простить и стремление не повторить ошибку; (3) исправление того, что можно исправить; (4) предание гласности своих ошибок, что очень полезно для остальных коллег, которые могут попасть в такое же трудное положение. Известный французский хирург Жан Луис Пти писал: «Ошибки являются только ошибками, когда у тебя есть мужество их обнародовать, но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрыть». Предложенная модель кажется простой, но, как показывает практика, ее исполнение требует от врача человеческой и профессиональной зрелости, воспитания в себе чувства личной ответственности за здоровье и жизнь каждого пациента.

S2.2/2 ПРАВОВІ ЗАСОБИ ОХОРОНИ ГІДНОСТІ ЛЮДИНИ В УМОВАХ МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Г.А.Миронова
*Науково-дослідний інститут приватного
права та підприємництва Національної
Академії правових наук України, Київ*

Відмітною особливістю сучасних підходів до правового регулювання відносин медичної сфери є ув'язування системи охорони здоров'я та медичної допомоги із правами людини та такими цінностями, як справедливість права, достоїнство людини, індивідуальність особистості. Окремим аспектом права на повагу до гідності людини є юридично забезпечена можливість обирати форми, способи і процедури медичної допомоги відповідно до власних світоглядних та ціннісних переконань. Нормативною гарантією поваги до гідності особи в умовах медичного втручання є право компетентного хворого відмовитися від лікування чи окремого методу лікування.

Якщо на час втручання пацієнт перебуває у стані неспроможності висловити свої побажання, то, за стандартами Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини (1997), враховуються побажання щодо медичного втручання, висловлені ним раніше (стаття 9). Отже, невід'ємної складової сучасного інституту прав пацієнта є цивільно-правові конструкції представника пацієнта та попереднього волевиявлення щодо медичного втручання, які покликані бути додатковими механізмами реалізації права людини на самовизначення та повагу до своєї гідності.

Стосовно інституту попереднього волевиявлення, зокрема, медичної довіреності, в Україні немає жодного нормативного юридичного акту, що є суттєвою прогалиною правосвідомості та законодавства. Отже, механізм правового регулювання відносин з приводу медичного втручання потребує коригування як на доктринальному, так й на конкретно нормативному рівнях. Логічним кроком на цьому шляху є дискурс з етичних засад медичного права та розроблення системи спеціальних законів, як мінімум для початку – «Про правові засади біоетики», «Про права пацієнта», «Про попередні розпорядження щодо медичного втручання».

S2.2/3 THERAPEUTIC MISCONCEPTION IN CONTEXT OF BIOMEDICAL RESEARCH

A.L.Paladi
*Medical and Pharmaceutical State University
«N.Testemitanu»
Chisinau, Moldova*

The ethical principles of respect of person what incorporate conviction that individuals should be treated as autonomous agent (capable of deliberation about personal goals), is designed to govern research activity with the involvement of human subjects. And it is possible to say that at least several decades it is applied in context of biomedical research. Nevertheless still there are also the cases uncovered by it and among them the case when therapeutic misconception occurs. Thus this article is intended to define the concept of «therapeutic misconception» and to identify the sources of the phenomenon named by it.

The term «therapeutic misconception» is defined as a mistaken belief of patients that therapy and research are governed by the same primary goal: to advance the individual patient's interests. Discovered in 1982 by P.Appelbaum and his colleagues (*False Hopes and Best Data: Consent to Research and the Therapeutic Misconception*) at the participants in several psychiatric studies TM in short time was attested as a phenomenon proper in a great extent to all kinds of patients participating in clinical trial. Many bioethicists between which Mark Hochhauser, Franklin G Miller, Howard Brody devoted time in order to investigate the sense of this «mistaken belief». But a holistic vision of it was developed by Rebecca Dresser in *The ubiquity and utility of the therapeutic misconception*. A special merit of her in this respect is the description of TM's essence via identification and analysis of its sources.

Consequently in her opinion there are three basic category of TM's source. One of the first and significant reasons of TM is the psychological factor or in her words «the psychology of illness». According to this, patients have a powerful need to believe that researchers are primarily interested in helping study participants. The second group of factors, which perpetuate the therapeutic misconception, is linked with the research establishment. As Dresser mentioned, despite widespread recognition of and expressed concern about the TM, investigation and physicians continue to promote it, encouraging patients' therapeutic expectation because of the investigators' psychological

heed to feel themselves as therapists; investigator's sincere belief that trial may considerably benefit the patient; their fear that a stark description of research constraints would deter patients for enrolling etc. In the third category of sources, named by Dresser «social», are included especially the positive public attitudes towards clinical research that occurred in USA in the late decade of 1980s, and all policies what emerged as a result of this attitude establishment – e.g. the policies which encourage the public to see investigational intervention as cutting-edge therapy, rather than as intervention whose positive and negative effects remain relatively uncertain.

As was suggested above therapeutic misconception contravenes the principle of the respect of person and an investigation like that of R.Dresser contribute in the opportune manner to a better understanding of it putting in this way at our disposal an appropriate instrument for this phenomenon's elimination.

S2.2/4 ЗАКОНОДАВЧІ ЗАСАДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТОРГІВЛІ ЛЮДСЬКИМИ ОРГАНАМИ, ТКАНИНАМИ, КЛІТИНАМИ

**З.А.Шкіряк-Нижник, Н.В.Числовська,
О.А.Цодікова, О.Г.Рогова**

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», Київ
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Харків*

В сучасних умовах регуляція біоетичних норм правовими документами є надзвичайно актуальною. Серед розмаїття етико-правових проблем одне з чільних місць займає попередження торгівлі людськими органами, тканинами та клітинами. В законодавчих актах України ряд важливих аспектів даного питання залишаються неузгодженими з європейськими правовими документами. Передусім, немає самого визначення категорії «торгівля органами і тканинами». Законодавство України у сфері донорства та трансплантації лише частково узгоджено з умовами Статті 21 Додаткового Протоколу до Конвенції РЄ з біоетики (Ов'єдо, 1997 р.) стосовно трансплантації органів і тканин людського походження (далі – Д.П.). Зокрема, у законодавстві України відсутні положення, тотожні ч.1 Ст.21 Д.П., що: «Людське тіло і його частини не повинні бути використаними для фінансової вигоди або порівняної з нею переваги». Тільки у відомчому наказі Міністерства охорони здоров'я України від 10.10.2007 р. N 630 «Про затвердження Порядку проведен-

ня клінічних випробувань тканинних і клітинних трансплантатів та експертизи матеріалів клінічних випробувань...» зазначається що: «Донорство тканин (клітин) не оплачується і не передбачає будь-яких витрат від донора». Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV (далі – ЦКУ), зокрема Стаття 289 «Право на особисту недоторканність» передбачає, що фізична особа має право на особисту недоторканність, вона не може бути піддана катуванню чи жорстокому з нею поводженню, передбачає право людини розпорядитися щодо передачі після її смерті органів та інших анатомічних матеріалів її тіла науковим, медичним або навчальним закладам». Однак не виписані санкції за порушення цих прав. Не узгоджено законодавство України і з положеннями Д.П. про те, що «Реклама потреб або реклама можливостей надання органів або тканин з метою пропозиції або пошуку фінансової вигоди і порівняної з нею переваги, мають бути заборонені». В Законі України «Про трансплантацію...», зокрема, в ст. 18 «Заборона торгівлі органами та іншими анатомічними матеріалами людини» говорить лише, що укладання угод, що передбачають купівлю-продаж органів або інших анатомічних матеріалів людини, за винятком кісткового мозку, забороняється. Санкції ж за порушення не визначені. В Кримінальному кодексі України та Кодексі України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 р. № 8073-X (в редакції від 16.02.2010 р.) передбачені санкції для медичних працівників, залучених до процедури донорства та трансплантації в разі порушення ними встановленого порядку проведення процедур. Отже, значною проблемою законодавчого регулювання питання заборони торгівлі людськими органами, тканинами, клітинами є відсутність чіткої дефініції торгівлі людськими частинами тіла та нечіткість або відсутність санкцій за порушення законодавчих норм. Це диктує необхідність доопрацювати правову основу проблеми і привести її у відповідність з законодавчою базою держав-членів РЄ.

S2.2/5 ЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПАЦІЄНТА (ДОБРОВОЛЬЦЯ В КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАННЯХ)

О.Г.Рогова

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

За останні десятиріччя прогрес медичної науки не тільки дозволив зробити контрольованими захворювання, які донедавна вважали-

ся невиліковними, а й розширити коло різних вікових та соціальних груп пацієнтів, які змогли отримати якісну та ефективну медичну допомогу. Водночас численні перемоги новітніх медичних та фармацевтичних технологій – ані всі разом, ані кожна з них окремо – не в змозі поставити під сумнів вразливість, незахищеність та унікальність кожної людської істоти. Необхідність проведення широкомасштабних досліджень нових лікарських засобів (далі – ЛЗ), які втілюють найкращі досягнення фармакоterapiї, вимагає залучення добровольців – осіб, які свідомо, за власним вибором піддають своє життя та здоров'я певному ризику для дослідження очікуваного від застосування ЛЗ ефекту.

Основні етичні та правові принципи, що визначають порядок проведення клінічних досліджень, були сформульовані в Хельсінкській декларації Всесвітньої асоціації лікарів, прийнятої 18-й Генеральною асамблеєю Всесвітньої асоціації лікарів у червні 1964 р. Зокрема, біомедичні дослідження за участю людей повинні відповідати загальноприйнятим науковим принципам і ґрунтуватися на адекватно проведених лабораторних дослідженнях і експериментах на тваринах, а також базуватися на достатньому знанні наукової літератури.

Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики від 23.09.2009 р. № 690 (зареєстр. в Мін'юсті України 29 жовтня 2009 р. за № 1010/17026) визначає основоположний принцип клінічних випробувань ЛЗ: забезпечення захисту прав, безпеки та благополуччя досліджуваних та переважання очікуваної користі над ризиком. Необхідною умовою залучення до випробування добровольців є забезпечення конфіденційності документів, що дозволяють установити особистість досліджуваного. Особи, винні у розголошенні інформації щодо особистості досліджуваного, несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства.

Загальні етико-правові вимоги щодо захисту інформації про пацієнта (добровольця в клінічних випробуваннях) включають: вимоги щодо права досліджуваного на фізичне і психічне благополуччя, таємниці особистого життя і захист персональних даних; обов'язкове повне інформування досліджуваного та добровільність участі у дослідженні («інформована згода»). У письмовій та усній інформації, що надається пацієнту (добровольцю), обов'язково роз'яснюються його права та обов'язки; незручності для досліджуваного, а також очікуваний ризик та очікувана користь тощо.

S2.2/6 ВЕРХОВЕНСТВО ПРИНЦИПУ ТОЛЕРАНТНОСТІ І ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ДУХОВНУ ПІДТРИМКУ

О.Ю.Кашинцева

*Київський університет права НАН України
Київ, Україна*

Спостерігаємо парадоксальну ситуацію: напозір формуючи національну біоетичну правову доктрину на засадах абсолютизації основних прав і свобод людини, ми, почасти абсолютно свідомо, намагаємося звести свободу совісті до свободи віросповідання. Найгостріше питання належного змістовного наповнення права на релігійну підтримку постає перед хворим.

Відповідно до Конституції України Україна є державою світською, державою відокремленою від релігії та церкви. З огляду на це, формуючи національну біоетичну доктрину (яка має безпосередній вплив на формування медичного законодавства) слід спиратися на цінності загальнолюдські, на наукові позиції світських вчених, які мають відповідний науковий доробок, визнаний міжнародною науковою спільнотою. Право біоетики (як і сама біоетика) повинно бути надрелігійним, наднаціональним, надполітичним, воно повинно бути позбавлено синдрому прозахідної, «про-християнської» ідеологізації. Якщо права людини й справді є правами абсолютними, – то однаково цінною є для нас світоглядна свобода представників всіх релігійних течій та атеїстів.

Традиційно, право пацієнта на релігійну опіку розглядається крізь призму ст. 35 Конституції України. Проте, активно пропагуючи і відстоюючи це право, ми постійно звужуємо його зміст лише до права на душпастирську опіку, забуваючи, що зазначена норма Конституції гарантує нам *свободу* (курсив – Авт.) совісті. Свобода совісті передбачає *право сповідувати* будь-яку релігію і *право не сповідувати* жодної. Важливим для філософії права в цілому і для права біоетики, зокрема, є розуміння того, що сучасна цілісна філософія людини не може бути зведена до однієї парадигми. Неминучою і вкрай необхідною є комунікація різних парадигм філософії людини, в діалозі між якими і відкривається істина. Такий діалог має бути побудовано на засадах принципу толерантності, який знайшов своє законодавче закріплення в Декларації принципів толерантності 1995 р., схваленій на 28-й Генеральній конференції ЮНЕСКО в Парижі. Необхідним є переосмислення і розробка існуючих законопроектів про волонтерську діяльність та душпастирську опіку з позиції ширшого розуміння права пацієнта на релігійну опіку, а

саме – з позиції принципу толерантності та над-конфесійності біоетичних принципів. Пацієнтам слід гарантувати не лише душпастирську опіку, але й світську духовну підтримку в особі психолога чи медика.

Підсумовуючи вище наведене, при роботі над законопроектами в сфері захисту прав пацієнтів та гарантування європейського каталогу прав виходити з розширеного поняття права пацієнта на духовну підтримку.

S2.2/7 ВИСВІТЛЕННЯ БІОЕТИЧНИХ ПИТАНЬ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ І ЮРИДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

**В.Ф.Москаленко¹, Т.С.Грузева²,
Р.Ю.Гревцова³**

¹Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна,

²Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна,

³Академія адвокатури України, Київ, Україна

У сучасних умовах, які позначаються зростанням поваги до прав людини у галузі охорони здоров'я, підвищенням вимогливості пацієнтів до якості медичної допомоги та появою нових біомедичних технологій, знання медичного права є запорукою успішної професійної діяльності лікаря і юриста.

Медичне право доцільно розглядати як галузь законодавства, утворення в системі права України (самостійну галузь права, що формується), науку та навчальну дисципліну.

Протягом декількох років медичне право вивчається на юридичних факультетах деяких вищих навчальних закладів (Національного університету «Києво-Могилянська академія», Донецького державного університету тощо). В Академії адвокатури України також викладається спецкурс «Правові та етичні проблеми здійснення біомедичної діяльності». Втім, у переважній більшості юридичних вишів біоетика, на жаль, не вивчається.

У вищих медичних навчальних закладах біоетика викладається як окрема навчальна дисципліна. Найближчим часом має відбутися включення у навчальні плани і медичного права. Авторами розроблена типова навчальна програма для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації, затверджена Міністерством охорони здоров'я України у 2009 році.

Попри те, що основні проблеми біоетики висвітлюються у курсі біоетики, чимало з них розглядатиметься і в курсі медичного права. Без-

перечно, під час їхнього розгляду основна увага буде зосереджена на правових аспектах цих явищ і відносин. Проте *правові аспекти повинні досліджуватися у тісному зв'язку з етичними*. Наприклад, розглядаючи питання правового регулювання штучного переривання вагітності, доцільно поставити етичну проблему, проаналізувати, які варіанти поведінки надає лікареві і пацієнтці чинне законодавство, чи потрібне внесення змін до законодавства для забезпечення більш високого рівня його відповідності біоетичним принципам, тощо.

До проблем, які під різним кутом зору мають розглядатися в курсах біоетики та медичного права, належать: права і обов'язки пацієнта та медичного працівника, медичне втручання, інформована згода пацієнта на медичне втручання, забезпечення населення лікарськими засобами, забезпечення репродуктивного здоров'я населення, трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів людині, проведення медико-біологічних експериментів на людях та інші.

S2.2/8 ПРАВОВІ ТА БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ НА КЛІНІЧНИХ БАЗАХ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

В.В.Синиця

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, Львів, Україна

Основним завданням вищого медичного навчального закладу є підготовка якісного спеціаліста-медика. Проте, якщо навчання студентів на теоретичних кафедрах проводиться з використанням, в основному, лише власної навчально-методичної бази, то клінічні кафедри змушені звертатись по співпрацю до лікувальних закладів. Така співпраця є врегульована «Положенням про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я», яке затверджене наказом МОЗ України № 174 від 05.06.1997 р. В даному Положенні регламентується діяльність самого клінічного закладу та його працівників, дається визначення поняттю клініки, як комплексному підрозділу, що утворюється внаслідок співпраці однопрофільної кафедри та відділення клінічного закладу тощо.

Одним із завдань клініки є проведення навчально-виховного процесу у студентів вищого медичного закладу освіти. З огляду на те, що навчання передбачає і таку форму, як «курація хворих», виникає певна кількість питань як етичного, так і правового характеру. Доволі часто студентам доручають проведення окре-

мих діагностичних або лікувальних маніпуляцій. Немає жодного сумніву, що підготувати якісного професіонала-медика без оволодіння практичними навичками неможливо. Проте, відповідно до чинного законодавства, студент не може займатись медичною діяльністю, оскільки не має відповідної освіти. Наявність такої прогалини створює серйозну проблему, оскільки у випадку настання у хворого від медичного втручання студента тяжких наслідків (а таке можна передбачити хоча б гіпотетично), настає юридична відповідальність, яка передбачена Кримінальним кодексом України.

Ще одним важливим правовим аспектом навчання студентів на клінічній базі є збереження лікарської таємниці. І, хоча у Цивільному кодексі передбачена вимога про збереження таємниці про стан здоров'я хворого для будь-якої фізичної особи, доцільно було б це питання виписати в законодавстві про охорону здоров'я більш детально стосовно студентів.

Зазвичай, коли мова йде про питання медичного втручання, лікування, не можна роз'єднати аспекти правові та етичні. Кожен пацієнт, який попадає в лікарню має право на вибір лікаря, якому він повністю довіряє своє здоров'я, а часом і долю. Пацієнти клінічних закладів також користуються усіма правами, наданими їм законодавством, тому на викладачів та студентів, які долучаються до курації хворих, лягають надзвичайно важливі етичні зобов'язання. Адже пацієнт дає згоду на лікування конкретному лікарю, а тому участь студентів у лікувальному процесі під час заняття повинна також обов'язково визначатись окремою згодою кожного пацієнта, оскільки студент, фактично не є лікарем.

Наведені окремі правові та етичні аспекти навчального процесу на клінічних базах вищих медичних закладів освіти є лише частиною великої проблеми. І ця проблема вимагає ґрунтовного комплексного підходу як зі сторони правових інститутів держави, так і пильної уваги етичних комісій і громадськості.

S2.2/9 РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА У ФОРМУВАННІ ЕКОЛОГІЧНОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ

Б.М.Васильківський

НаУКМА, Київ, Україна

Вплив людства на навколишнє середовище в тому числі на залишки природного середовища стають все більш катастрофічні. Навіть прийнята на всесвітньому екологічному форумі у Ріо-де-Жанейро у 1992 році концепція сталого розвитку майже через два десятиліття не змінила ситуацію

на краще. Хоча розвинуті країни і намагаються перейти до більш бережливих технологій у виробництві, свідомість людини не може змінюватися з такою ж швидкістю, як технології. І навіть при новітніх технологіях, техногенні катастрофи є фактором людської помилки, або байдужого ставлення до природи.

Однак, все ж, надія на зміну ситуації на краще, завжди залишається. Сьогодні ми бачимо, що ідеї моральності у ставленні до природи вдається включати до деяких законів. Впровадження таких законів має прискорити перехід від антропоцентричного до екоцентричного ставлення людини до природи. Реалізація та дотримання екологічного законодавства покладається на органи влади.

Однак, політичні інтереси та безконтрольність за діями влади з боку громадськості, призводить до того, що закони залишаються лише на папері, а на практиці не працюють. Змінити таку ситуацію повинна в першу чергу громадськість. Адже саме громадськість найбільше зацікавлена у скорішому покращенні екологічної ситуації. Примусити владу виконувати закони, тим більше екологічні, дуже важко, бо сьогодні в суспільстві переважають економічні інтереси, а не екологічні.

Одним з механізмів впливу громадськості на органи влади є подача позову до суду на їх бездіяльність. Такий позов був поданий двома громадськими організаціями про визнання бездіяльності Міністерства освіти і науки України, пов'язаної з відсутністю викладання курсів (дисциплін) з екологічної етики та гуманного ставлення до тварин у навчальних закладах усіх рівнів. Суд визнав протиправну бездіяльність Міністерства освіти і науки України і зобов'язав забезпечити розробку і викладання курсів з екологічної етики в освітніх закладах України.

Отже, з розвитком громадянського суспільства підвищується роль громадськості у забезпеченні екологічно безпечного і сприятливого середовища і підвищується контроль громадськості наддіями органів влади щодо виконання законів. Органи судової влади стають одним з основних механізмів впливу на виконавчу владу щодо реалізації екологічного законодавства, де етико-моральні та біоетичні питання починають відігравати все більш важливу роль.

P2/1 ЭТИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Демина Э.А.

Институт экспериментальной патологии,
онкологии и радиобиологии
им. Р.Е. Кавецкого НАН Украины
г. Киев, Украина

Мы живем в эру геномики, когда последовательности ДНК в геноме человека почти полностью определены, анализируется роль тысяч генов в нор-

меи при различных патологиях. Геномика оказывает колоссальное воздействие как на социальную и интеллектуальную жизнь современного человека, так и на общество в целом, включая биоэтические проблемы. Проникновение геномики в медицинскую практику стимулировало развитие биоэтики и этических принципов генетической службы, которые сформулированы в рекомендациях Всемирной Организации Здравоохранения (Женева, 1997). Геномика дает возможность врачу-генетику располагать объективной информацией о предрасположенности субъекта к тому или иному заболеванию, предсказывать его медицинский прогноз, аргументировано проводить медико-генетическое консультирование. Изучение небольших вариаций во многих генах приведет к индивидуализированной медицине. Создание обширных баз генетических данных и их соотнесение с повышенным риском развития того или иного мультифакторного заболевания приведут к новым подходам универсализации процедур генетического скрининга, поскольку более углубленные знания о геномах отдельных индивидуумов будут иметь значение для разработки и внедрения принципиально новых средств профилактики и терапии.

Широкая доступность индивидуальной генетической информации может обусловить серьезные и сложные этические и юридические последствия. Это связано с тем, что знание генетических данных неизбежно влечет возможность вмешательства в частную жизнь людей. Специалисты в области биоэтики различают внутреннюю (частную) и внешнюю (социальную) составляющие жизни человека. Внутренняя составляющая означает, что частная жизнь является неотъемлемой и неприкосновенной сущностью человеческой природы. Внешняя же сторона жизни человека подразумевает возможность использовать генетическую информацию на пользу либо во вред отдельных индивидуумов, а возможно, и населения в целом. В этой связи актуальным является аспект генетической конфиденциальности (врачебная тайна). Так, американцы справедливо опасаются, что доступность к генетической информации может отрицательно сказаться на размере их страховок, обусловит дискриминационные действия со стороны работодателей. Сегодня еще трудно предсказать, когда будет создана система, обеспечивающая безопасную (foolproof) защиту генетической информации, однако в любом случае цель генетического скрининга становится все более очевидной и доминирующей, поскольку является самой гуманной – предложить лучшее здоровье и качество жизни как можно большей части человечества.

МІЖНАРОДНИЙ СЕМІНАР «ЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАНО- ТА БІОТЕХНОЛОГІЙ»

S3.1/1 БИОТЕХНОЛОГИИ: ПРОБЛЕМА ОТВЕТСТВЕННОСТИ В СТРУКТУРАХ СОЦИАЛЬНО РАСПРЕДЕЛЕННОГО ЗНАНИЯ

П.Д.Тищенко

Институт философии РАН, Москва, Россия

Понятие «социально распределённое производство знания» заимствуется мной из концепции Второго типа производства знания (далее просто 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 в лабораториях и других специализированных научных организациях. Из науки оно транслируется в общество в уже более или менее готовом виде, превращаясь из фундаментального в прикладное. Концепция Т2 обращает внимание на то обстоятельство, что знание производится не только в науке, но и во всей сложно организованной социальной сети, воспринимающей научные идеи, накапливающей, распространяющей и применяющей их. Каждый из социальных агентов, участвующих в этом процессе, производит своё собственное специфическое знание, которое позволяет, с одной стороны, более эффективно выполнять именно его функции, а с другой – более успешно включаться в кооперацию с другими агентами. Как представляется, использованный в Т2 аналитический аппарат позволит по-новому истолковать, во-первых, особенности инновационного развития современных биомедицинских технологий, требующих в качестве предварительного условия осуществления научно-технических инноваций, инноваций социальных. Социальные инновации выражаются в формировании мобильных организаций (фирм, центров, групп и т.д.), объединяющих учёных, бизнесменов, представителей общественности и власти для решения конкретных практически полезных

проблем. Социальные инновации формируют мобильные «функциональные органы» инновационного развития. В систему Т2 биомедицинских технологий органично вписывается биоэтика, обеспечивающая ценностную рефлексию способов производства и практического внедрения новых знаний и технологий. Знания и соответствующие формы биоэтической рефлексии понимаются в виде сложных систем и интерпретируются в оппозициях: а) знания, понимания и умения; б) мудрости, рационального знания и информации; в) знания явного и неявного (личностного); г) индивидуального и коллективного (межличностного и корпоративного).

S3.1/2 НАНОТЕХНОЛОГІЧНА ПЕРСПЕКТИВА: СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ

Т.В.Гардашук

*Інститут філософії імені Г.Сковороди НАН
України, м. Київ*

В наш час новітні тенденції науково-технічного й технологічного прогресу є не лише засобами розв'язання нагальних потреб людства, а й стають чинником виникнення нових загроз і ризиків. Якщо в другій половині ХХ ст. такі ризики й небезпеки виникали внаслідок стрімкого розвитку й широкого застосування широкого спектру хімічних сполук, атомної енергетики та електронної промисловості, а згодом і генетично-модифікованих організмів, то на початку ХХІ ст. усе більшу увагу привертають питання, пов'язані з розробкою та застосуванням сполук, матеріалів і пристроїв, заснованих на наноматеріалах і нанотехнологіях.

Нанотехнології, та пов'язані з ними знання, виходять на передовий фланг науково-технічного прогресу, об'єднуючи у цілком осяжній перспективі стати одним із провідних напрямів світової науки й економіки. Вже сьогодні нанотехнології знаходять своє застосування у найрізноманітніших галузях промисловості, медицини, інформаційній і телекомунікаційній

сферах, а також у царинах збереження матеріалів та енергоресурсів, удосконалення методів виявлення та подолання наслідків забруднень довкілля тощо. Так, 2006 року в обігу на світовому ринку було зафіксовано понад 600 найменувань виробів, для виробництва яких застосовувалися нанотехнології, загальна вартість яких становила 50 млрд. доларів, причому біля 20% загальної кількості товарів світового ринку, виготовлених із залученням нанотехнологій, припадає на продовольчі товари та упаковку для них.

Проте, оптимістичні прогнози щодо майбутнього застосування нанотехнологій не повинні затьмарювати застереження стосовно ризиків для довкілля й здоров'я людини, оскільки натеper практично відсутні об'єктивні наукові дані про ймовірних негативних впливів нанотехногій на довкілля та людину, шляхи міграції та поведінки наночастинок тощо, а також методики оцінювання повного життєвого циклу наноматеріалів. Не розроблені механізми суспільного контролю над сферами використання та наслідками запровадження нанотехнологій.

Експерти вже сьогодні звертають увагу на те, що захоплення вигодами від застосування нанотехнологій незрівнянно перевищує увагу до ймовірних негативних наслідків від їх застосування та передбачення нових ризиків. Українські наука, технологія, виробництво, а також громадянськість мають активно включатися в процеси інноваційного розвитку. Важливою умовою успішності такої участі є зваженість та реалістичність очікувань і оцінок, ґрунтованих на пріоритетності безпеки довкілля та життєдіяльності людини.

S3.1/3 БИОЭТИЧЕСКИЕ НОНЭКСКЛЮЗИВНЫЕ ИНТЕРЕСЫ НАНОТЕХНОЛОГИЙ

Т.Н.Цырдя, Е. А.Скрипник

*Государственный университет медицины и фармации им. Н.Тестемицану
Кишинэу, Республика Молдова*

Научно-технический прогресс способствовал возникновению новых планетарных технологий, среди которых информационные, коммуникационные, гуманитарные, биомедицинские, нанотехнологические и т.д. Каждая из них воздействует как позитивно, так и негативно на человечество, на каждого индивида в отдельности, на все живое и даже на природу. В ситуации, когда сила их влияния выходит за рамки конкретно научно установленной области действия, мы предлагаем, в данной статье,

анализ биоэтических интересов (возможностей), характерных лишь для этих технологий и в то же время не совсем новых для них, но которые не могут оставаться тайными. Речь идет об относительном управлении нанотехнологиями в различных областях человеческой деятельности.

В области руководства государствами чувствуется необходимость создания новых механизмов управления, охватывающих направления социоисследования, способы нормализации и стандартизации ИСО, а также этические проблемы, порожденные этой новой областью науки и имеющая колоссальное влияние на человечество. Возможное совпадение нанотехнологий с биотехнологиями, наукой информатики или когнитивными науками порождает тревогу относительно их использования в целях трансформации человека, а также беспокойство по поводу его здоровья и безопасности, состоянии биосферы в целом.

В процессе современного развития управление нанотехнологиями было бы возможным посредством определения оптимальных путей биркования генетически модифицированных продуктов, ликвидации нанотехнологической пропасти между приобретениями и использованием этих новых феноменов, эксплуатации новых научных знаний, максимального сокращения бедности и голода, улучшения здоровья населения, обеспечения успешного сотрудничества между университетами, создания местной индустрии, способствующая производству стабильного богатства, создания партнерства между теми, которые обладают знаниями, капиталом и теми, которые владеют рынком эксплуатации, управления патентами и интеллектуальной собственностью. В случаях, когда обсуждаем вопрос о роли гражданина в качестве создателя, убеждаемся в необходимости способствовать реализации использованных рациональных стратегий накопления личной информацией, личностного маркетинга, идентификации пользователей через радио-частоту, сбора данных в процессе коммерческих сделок, доступа к генетической информации одного пакета, например, созданию благоприятных условий для усвоения гражданами технологических инноваций и т.д. и т.п.

Единственно верным и реальным путем, предложенным биоэтикой для решения данных проблем, является диалог, основанный на информирование населения и установление общности, способного обеспечить социальную доступность этих новых технологий, а также создания базовых механизмов, направленных на организацию биоэтического управления

технологическим развитием, ориентированном на новую систему ценностей, среди которых легитимность, транспарентность, солидарность, ответственность, качество жизни, демократия, свобода, безопасность. Важно, чтобы сеть различных актеров из области нанотехнологий взаимоконсультировались в целях адаптации к некоторым моделям поведения, которые обязательным образом должны вписываться в перспективу устойчивого развития.

S3.1/4 НЕКОТОРЫЕ БИОЭТИКО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАНОБИОТЕХНОЛОГИЙ

С. Л.Спринчан

*Государственный университет медицины и фармации им. Н.Тестемицану
Кишинэу, Республика Молдова*

Предполагаемые результаты прикладного внедрения нанотехнологий станут определяющим фактором в конфигурации политики и морали будущего. Публичная политика и социальная мораль всё более зависимы от уровня нравственности ученых, исследователей, изобретателей, разработчиков новейших технологий, рационализаторов производства, разного рода дельцов и предпринимателей в областях на стыке науки и экономики. Одновременно, необычайно важную роль в развитии общества в целом, начинает играть этичность самой науки и плодов научного труда, особенно в сфере нанобиотехнологий, соответствие результатов исследования с нормами морали и стратегическими этапами и стандартами развития для достижения конечной (одновременно и промежуточной) цели – качественного выживания человечества, совместно с естественной средой его обитания, с биосферой в целом.

Исследования в области нанотехнологий в настоящее время ведутся в разных странах, как в развитых, так и в развивающихся. Однако уровни финансирования и инвестирования, доступ к научно-технической инфраструктуре и материалам, а также сотрудничество между различными секторами в значительной степени отличаются. Развивающимся обществам и странам грозит опасность столкнуться с отставанием в области знаний. В результате, нанотехнология наравне с биоэтикой вполне могут стать международными научными проектами, межкультурными и межкультурными мостами, обобщающими и способствующими процессам глобализации и унификации национальной специфики социальной

морали и публичной политики.

На современном этапе развития социума, биоэтика совместно с нанотехнологиями становятся одними из основных условий и способов преодоления большинства глубочайших противоречий, путём наращивания взаимосоответствия, диалога и интегративных тенденций между прогрессом нанобиотехнологий, публичными политиками и стратегиями, с одной стороны и принципами и императивами Биоэтики, с другой.

Поскольку нынешняя демократическая форма общественной организации представляет собой схему функционального распределения соотношения власти с целью эффективного управления, относящиеся к людям (народу) как основному фактору по принятию решений, тогда как в новых условиях бытия, в условиях масштабного внедрения нанобиотехнологий как в повседневной жизни, так и на уровне макросоциального политического управления обществом, также как и на новом уровне восприятия и осознания реалий, критерий биоморального качества (биоэтического ценза) заменит критерий численной репрезентативности, в процессе принятия решений, в качестве основного механизма социо-политической системы будущего, в гармонии с биологическими и технологическими нуждами и спецификой как биосферы в целом, так и отдельных её элементов.

S3.1/5 НАНОТЕХНОЛОГІЇ ТА СУЧАСНЕ СУСПІЛЬСТВО

**П.Я.Смалько, Т.Ю.Стехіна,
К.В.Скребцова, М.О.Чашин**

*Національний науковий центр з медико-біотехнічних проблем при Президії НАН
України, Київ, Україна*

Сьогодні весь світ стоїть на порозі нанотехнологічної революції, де активність або пасивність в галузі нанотехнологій є вирішальними чинниками, що на багато років визначають наше подальше життя. Нанотехнології – це дійсно вікно у світ, в якому існує абсолютно інша якість життя. Щоправда, інше це «інша якість життя» може нести з собою не лише позитивні результати, але й результати руйнівні, згубні і для людини, і для усієї біосфери.

Соціальні наслідки розвитку нанотехнологій носять подвійний (конструктивний і деструктивний) характер, пов'язаний з суперечливою природою суспільства, що про-

являється в таких соціально значущих галузях, як військова сфера, інформаційна сфера, медицина, екологія, енергетика, сфера повсякденного життя. Специфіка подвійного характеру розвитку нанотехнологій полягає в кардинальному перетворенні фізичного світу, а це вимагає врахування можливих безповоротних наслідків. Завдяки величезним досягненням науки і техніки, людство отримує у своє розпорядження небачені раніше потужні засоби, які можна використовувати як для творіння, так і для руйнування, як на благо, так і в шкоду. Тому в XXI столітті проблема оцінки цих явищ через призму морально-етичних цінностей набуває особливої значущості.

Вкрай важливо, щоб разом з подальшим розвитком міждисциплінарної науково-природничої і технічної основи нанотехнологій процес їх впровадження супроводжувався ефективно організованим громадським обговоренням, яке допоможе виробити правильні рішення і запобігти можливим небезпекам. Звичайно, громадські обговорення навряд чи можна назвати визначальним чинником розвитку нових технологій, проте вони, як ніщо інше, дозволяють осмислити (чи переосмислити) їх достоїнства і недоліки. Багато експертів також упевнені, що використовуючи дискусії і широкий обмін інформацією, можна значно скоротити існуючий «розрив» між рівнем наукових досягнень і станом суспільної моралі.

Міждисциплінарний характер нанотехнологій, в розробці яких беруть участь учені різних спеціальностей, ще більше загострює потребу в етичній освіті учених і інженерів, пов'язаних з нанотехнологіями. Водночас очевидна потреба в природничій освіті фахівців в гуманітарних і суспільних науках, що займаються етичними, правовими і соціальними аспектами нанотехнологій.

S3.1/6 НАНОБІОТЕХНОЛОГІЇ: СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ

В.Ю.Дяченко, Т.Ю.Небесна

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київ, Україна*

Інтенсивні дослідження з нанонауки, нанотехнологій, наномедицини та нанобіотехнологій розпочалися з кінця 80-их початку 90-их років минулого століття. Вчені світу стверджують, що впровадження нанотехнологій та нанобіотехнологій у різні галузі народного господарства, в тому числі обчис-

лювальну і мікрохвильову техніку, сонячні батареї і фотоекрани, радіозв'язок, радіологію і радіонавігацію, молекулярну біологію, медицину, фармакологію, фармацію, ветеринарію, контроль навколишнього середовища, створення наноприладів, у військову промисловість (розробку захисних жилетів, спеціальних систем управління зброєю та ін.) буде своєрідною нанореволюцією XXI століття і наслідки її будуть більш визначальними, ніж освоєння ядерної енергетики та космосу, комп'ютеризації діяльності людини, розробки системи Інтернет у другій половині XX століття. На сьогоднішній день встановлено, що при зменшенні розмірів частинок від 100 до 10 нанометрів спостерігаються відносно слабкі, а в діапазоні від 10 до 1 нанометрів – кардинальні зміни фізичних та хімічних властивостей речовин, зокрема металів. Змінюються параметри кристалічної решітки, температури плавлення, електронна структура, кристалічні та інші властивості. Маленький розмір наночасток металів означає, що більшість атомів знаходяться на поверхні, і, таким чином, поведінка цих поверхневих атомів змінює їх хімічні, фізичні, фізико-хімічні, біологічні, фармакологічні властивості. Наночастинки можуть більш легко проникати у людський організм і бути більш біологічно активними із-за їх великої площі поверхні на одиницю маси в порівнянні з макророзмірними частинками. Нанобіотехнології створюють умови для отримання фізіологічноактивних речовин різної хімічної природи, які проявляють виражену фармакологічну дію. Малий розмір, хімічний склад, структура, велика площа поверхні та форма – це ті властивості, що надають наночастинкам переваг перед іншими матеріалами, водночас забезпечують і їхній можливий токсичний вплив на біологічні системи. Найбільш чутливими до наночастин є органи, які безпосередньо взаємодіють із зовнішнім середовищем, – дихальна система, шлунково-кишковий тракт, шкіра, а також кров і центральна нервова система. Крім того встановлено, що наночастинки можуть викликати пряму цитотоксичну дію на ендотеліоцити пупкової вени людини *in vitro*. На даний час прямих досліджень щодо токсичного впливу продуктів нанобіотехнологій на організм людини обмаль. Особливо важливим аспектом вивчення токсикології наночастин є оцінка можливих віддалених ефектів нанобіопродуктів. Для більш широкого застосування матеріалів, отриманих за допомогою нанобіотехнологій, слід проводити інтенсивніші дослідження з урахуванням соціально-етичних аспектів.

S3.1/7 BIOETHICS AS TRANSDISCIPLINARY EXPERIENCE

L.P.Kiyashchenko

*Institute of Philosophy Russian, Academy of
Sciences, Moscow, Russia*

Initially the bioethics was formed as a transdisciplinary approach to understanding complicated moral and anthropological problems, resulting from the development of biomedical technologies and a search for answers to questions which arouse in this respect. Principally important preunderstanding of bioethics in this transdisciplinary clue, formed by everyday life practice, but not by any theory, helps to formulate the **following aspects**

The word «**transdisciplinarity**» means **interdisciplinary** biomedical practices where in order to achieve common solutions and understand their common problem as a whole, it is necessary to transcend the area of expert authority and move into the area of «life-world». There are no unique moral theories or religious doctrines which could recommend a system of universally recognized values or anthropological ideas for solving quickly appearing moral conflicts in bioethics.

It is impossible to solve problems of patients' benefit or the benefit of the society in the situations generated by the progress of biomedical technologies, only basing on the expertise of scientists. It is essential necessary transdisciplinary cooperation with scientists of humanitarian disciplines (first of all with philosophy) and public. Thus the bioethics becomes the factor of formation of public space which as well as bioethics itself, distinguish interaction of universal values and the general ethical standards of this or that culture. Universal values and the general ethical standards are necessary and ultimate aspects for bioethical research. Philosophical search of the general bases in this case correlates with communicative strategy of detecting the general values in a variety of disciplinary unities. Thus the orientation on generality interfacing with achieved general value forms universe of transdisciplinary **experience. Transdisciplinarity is experience of paradoxes.** Paradoxes escape final resolution and give rise to ever new interpretations. Such conflicts of ideas have a permanent tendency to reemerge in ever new situations. Experience of paradoxes is experience of origination: paradox of human might and vulnerability; paradox of freedom and dependency; paradox of part and whole; paradox of expert knowledge and public wisdom.

S3.1/8 БИОЭТИКА И БИОТЕХНОЛОГИЯ: ОТ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ДО ВЕРИФИКАЦИИ СОЦИОГУМАНИТАРНОЙ (ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ю.В.Косова

*Харьковский национальный экономический
университет
Харьков, Украина*

Проблема критериев эмпирической обоснованности научных концептов–гипотез всегда была ключевой в эпистемологии. Изначально (классический тип научной рациональности) двустадийная процедура верификации–фальсификации предусматривала, как необходимую предпосылку, вычленение из вербального контекста и изоляцию из культурной среды теоретико-логические конструкторы. Она имела строгие критерии корректности и валидности, среди которых были обязательное разграничение объекта и субъекта научных исследований (а), жесткая демаркация научного и вненаучного (профанного) знания (b). В период господства неклассической научной рациональности, схема верификации усложнилась, в силу выводов, следующих из принципа Дюгема–Куайна. С вхождением общества в новую фазу развития цивилизации проблема верификации переосмысливается и приобретает философско-мировоззренческую актуальность. Речь идет о неизбежном ассоциировании нового знания с риском, возникающим от внедрения этого знания. Здесь мы сталкиваемся с проблемой не «внутренней», а «внешней» демаркации (естественнонаучное знание изолируется от иных полей духовной культуры общества). Пересечение и тождественность членов бинарной оппозиции субъект–объект предполагает единство качественно-разнородных элементов научного знания – совмещение дескриптивного и императивного компонентов объяснительных моделей. Как следствие, фундаментальная наука утрачивает свой автономный статус, интегрируется в систему ментально-ценностных установок. В результате чего происходит импорт когнитивных моделей из области социогуманитарного знания в область естествознания. В человекомерной науке и High Tech технологиях формируются дисциплинарные матрицы, имеющие не одно, а несколько (как правило, два) центральных ядра и перекрывающий защитный пояс, который и подвергается процедуре верификации–фальсификации. В качестве примера интерпретационно-кентаврового

знания выступают технико-технологические системы, а в большей степени – медицина. Возникает особый тип научной теории, где присутствует несколько парадигм, т.е. систем исходных принципов, частично совместимых друг с другом. Примером становления интерпретационного знания служит генезис биоэтики. Постулат этической нейтральности научного знания подрывается пролиферацией эмоционально-этической нагруженности в систему дескриптивно-номинальных суждений. Номинативное суждение неизбежно ассоциируется с императивным, образуя этическое-эпистемологические гибриды (Т.Поттгаст). Общим выводом из сказанного является констатация постепенного замещения логико-эмпирической верификации социальной, когда в качестве критерия селекции теоретико-научных конструктов приходит когерентность целостной системы ментально-культурных установок и стереотипов.

S3.1/9 ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БИОТЕХНОЛОГИЙ

Ю.А.Ищенко

*Центр гуманитарного образования НАН
Украины, Киев, Украина*

1. Ставя вопрос о гуманитарной экспертизе биотехнологий, следует прежде всего исходить из того, что гуманитарная экспертиза уже по своему происхождению представляет собой кентаврическое образование: она является и формой деятельности, и социальной институцией. Можно согласиться с Б.Г.Юдиным, что как форма деятельности гуманитарная экспертиза принципиально незавершенна, и может представать как социальный диалог, социальное взаимодействие, коммуникация, опирающаяся на герменевтическую рациональность (Г.Скирбекк). Тут во главу угла ставится не конечный результат, сколько процесс, в котором участники приходят к более глубокому пониманию ценностей, мотивов и смыслов действий. Голову же гуманитарной экспертизы образует экспертиза как социальный институт, что направляет ее проведение, нацеливает на конечный результат принятия решения, поскольку так или иначе гуманитарная экспертиза встроена в некоторые объемлющие структуры деятельности. Здесь гуманитарная экспертиза сродни этической, которая осуществляется ныне под руководством социально институционализированных этических комитетов.

2. Гуманитарную экспертизу биотехнологий

следует понимать в смысле отнесенности их к человеку, который и выступает точкой отсчета гуманитарной оценки биотехнологических изменений. Важным моментом тут есть то, что гуманитарная экспертиза этих, как и всех других технологий, является экспертизой не по поводу человека, а для человека.

3. Естественное понимание в качестве объекта гуманитарной экспертизы биотехнологий прежде всего научно-технические или социальные новации, возникающие в ходе реализации их. Значимые для человека и общества последствия обычно порождает не сам новый предмет биотехнологий, а сопряженные способы взаимодействия с ним, те результаты, к которым ведут эти взаимодействия, и, наконец, те изменения в нас самих, которые вызываются этими взаимодействиями. Иначе говоря, мы имеем дело не столько с самими по себе новыми предметами, сколько с сопряженными с ними биотехнологиями.

4. Согласимся с Б.Г.Юдиным, что в принципе существуют два типа социальных и научно-технических новаций – те, что оказывают непосредственное воздействие в массовых масштабах (как, скажем, законодательное изменение налоговой системы страны) и те, которые, хотя бы на первых порах, затрагивают сравнительно ограниченный круг людей (например, новые репродуктивные технологии). Характеристики риска и возможных угроз, связанные с новациями второго типа, проявляются не только в непосредственных, но также и в опосредованных формах. Они, в частности, могут обнаруживать либо даже провоцировать глубокие и далеко идущие изменения в системе ценностей личности и общества.

5. Гуманитарная экспертиза биотехнологий нацелена на то, чтобы вырабатывать взвешенную оценку воздействия разного рода новшеств, оказывающих глубокое воздействие на генетическую, физиологическую, психическую и духовно-нравственную конституцию человека. В силу этого, согласно Б.Г.Юдину, глубокого воздействия они могут быть охарактеризованы как чрезвычайно агрессивные и, следовательно, как потенциально (а зачастую и актуально) опасные при их неконтролируемом распространении и неумелом использовании. Безусловно, такого рода агрессивные технологии чаще всего несут в себе отнюдь не одно лишь негативное начало; напротив, негативные эффекты обычно бывают связаны не с ними самими по себе, а как раз с их неконтролируемым и неумелым использованием. Поэтому в задаче гуманитарной экспертизы входит выявление и оценка как позитивных эффектов новых биотехнологий – включая и то, в какой мере и в

каких направлениях они способствуют расширению человеческих возможностей, – так и возможных негативных последствий их применения. Вследствие этого, не только, как пишет Б.Г.Юдин, вполне возможно, но и необходимо ставить вопрос и об опережающем реагировании, которое начинается *не после, а до того*, как риск для человеческого потенциала становится очевидным.

6. В современной регуляторной схеме наиболее важными моментами для будущего развития биотехнологии человека являются правила, касающиеся двух сфер: экспериментов на людях и апробации лекарств. На европейском научно-исследовательском поле создан фундамент для оценок новых продуктов биотехнологии на основе «принципа осторожности», который фактически устанавливает «презумпцию виновности» для продуктов, пока не будет доказана их невиновность в потенциальной угрозе для окружающей среды и общественного здоровья. В отношении экспериментов с человеком в основу регуляторной политики, как полагает большинство исследователей, должна быть положена норма, что интересы науки и общества не могут быть выше интересов человека. В этом плане нам нужен институт гуманитарной экспертизы, обладающий властью, чтобы обеспечить выполнение этих норм.

7. Гуманитарная экспертиза какой-либо биотехнологии не является одноразовой акцией, поскольку приходится отслеживать все новые объекты и эффекты, оценивать факторы риска и новые возможности, вызванные их развитием. Это невозможно сделать без смены фокуса гуманитарного анализа, нового инструментария, привлечения новых как профессиональных, так и непрофессиональных экспертов, отражающих мнения людей пусть и далеких от специальных знаний биотехнологий, но близких к «живой жизни», к ее обыденным рискам и опасностям.

S3.2/1 ПРОБЛЕМИ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ ТА ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРАЦЮЮЧИХ У СФЕРІ НАНОТЕХНОЛОГІЙ

**О.В.Демецька, Т.К.Кучерук, В.О.Мовчан,
О.О.Рибак**

*ДУ «Інститут медицини праці АМН України»,
Київ, Україна*

Сучасні токсикологічні та епідеміологічні дослідження свідчать на користь того, що причиною змін у стані здоров'я працюючих можуть бути ультрадисперсні частинки, що надходять

до організму інгаляційним шляхом. Зокрема, навіть короткострокові впливи частинок нанодіапазону, що є присутніми в повітрі робочої зони, можуть бути причиною різноманітних реакцій з боку серцево-судинної системи (від незначних порушень серцевого ритму до інфаркту міокарда та тромбоутворення) та респіраторного тракту (порушення легеневого кліренсу, хронічні запальні процеси, фіброз легеневої тканини та пухлини легень).

В свою чергу, сьогодні прийнято встановлювати діагноз онкопатології на підставі рентгенологічних даних, даних УЗД, комп'ютерної томографії та ін., які, по суті, дозволяють виявляти вже хворобу. Отже, для цілей медичної профілактики онкопатології ці методи мало придатні, бо спрямовані на хоча й раннє, але виявлення вже сформованої пухлини. У зв'язку з тим, що потенційний канцерогенний ризик, обумовлений впливом канцерогенонебезпечних факторів виробничого середовища, реалізується не у всіх працюючих, надзвичайно важливим є виявлення тих осіб, що у найбільшій мірі схильні до розвитку злоякісних новоутворень. Тому вкрай важливим є використання методів, що дозволяють виявляти доклінічні прояви злоякісних новоутворень у працюючих контингентів.

Таким чином, цілком доцільним є надання працюючим в сфері нанотехнологій можливість щодо проходження з певною періодичністю лабораторних тестів на визначення онкомаркерів. Безумовно, згода працюючого повинна бути цілком добровільною та бути виключно результатом особистого вибору, що ґрунтується на повній інформації про ситуацію. Слід зауважити, що підвищення рівня онкомаркерів не завжди вказує на наявність пухлини, так само як і при нормальному рівні онкомаркерів можлива наявність онкологічного захворювання. Зокрема, кількість онкомаркерів може збільшуватися при доброякісних пухлинах, хронічних захворюваннях та навіть після гострих респіраторних інфекцій. В той же час, в разі позитивної реакції в онкотесті, працюючий має ряд можливостей: пройти поглиблене обстеження, перейти на іншу, більш безпечну ділянку виробничого процесу, звільнитися чи взагалі знехтувати результатами онкотесту.

З іншого боку, в разі свідомої відмови працюючого від проходження тестів доклінічної діагностики онкопатології, постає низка питань так званого етико-практичного характеру. Наприклад, якщо в майбутньому в працюючого буде виявлено онкологічне захворювання, – чи етично ставити питання про відшкодування. І навпаки, чи етично буде відмова у відшкодуванні власником

підприємства, установи та ін. шкоди, заподіяно працівникові, який колись свідомо відмовився від проходження онкотестів? Так чи інакше, працюючи в сфері нанотехнологій повинні бути інформовані про потенційний негативний вплив частинок нанодіапазону на стан свого здоров'я та мати можливість проходження тестів на доклінічну діагностику онкопатології.

S3.2/2 НАНОВУГЛЕЦЕВІ МАТЕРІАЛИ: ЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ

Д.С.Савченко, Н.В.Савченко
*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київ, Україна*

Накопичений багаторічний досвід використання гемо- та ентеросорбентів вказує на їхню високу терапевтичну активність, що пов'язана з сорбцією шкідливих і отруйних речовин та метаболітів із біологічних середовищ, а також з їх впливом на метаболічні процеси організму. Досорбентів медичного призначення відноситься чисельна група засобів, які значно відрізняються за критеріями ефективності, безпеки та зручності застосування, а також особливостями фармакологічної дії, що впливає на показання для призначення кожного з них. До ентеросорбентів відносять лікарські засоби, які при внутрішньому введенні здатні зв'язувати токсичні речовини та метаболіти в ШКТ за рахунок реалізації механізмів адсорбції, абсорбції, іонообміну або комплексоутворення. Вуглецеві пористі матеріали займають провідне місце серед ентеросорбентів та успішно використовуються при проведенні різних методів детоксикації. Адсорбційні властивості вуглецевих композитів, в першу чергу, залежать від дисперсності часток, форми й розподілу пор по радіусах та величини питомої поверхні. Основною властивістю вуглецевих ентеросорбентів є наявність розвиненої внутрішньої пористості. Внаслідок відмінностей у розмірах часток, похідні карбону мають досить різну питому поверхню й кінетику сорбції. На сьогодні у світі ведуться дискусії, щодо можливості застосування вуглецевих сорбентів отриманих шляхом нанотехнологій. Нові вуглецеві сорбенти мають більш однорідну структуру, володіють багатьма унікальними електронними, механічними і хімічними властивостями, мають значну питому поверхню, є дуже міцними і широко застосовуються при створенні новітніх матеріалів для водяних фільтрів, будівництва,

металургії та радіоелектронної промисловості. Досліджується можливість потенційного використання пористих вуглецевих композитів, фулеренів і вуглецевих нанотрубок в якості сорбентів для концентрування металоорганічних сполук свинцю, ртуті і олова в хімічній промисловості. Даних, щодо можливості використання вуглецевих сорбентів з нанопорами в якості ентеросорбентів в літературі не знайдено.

У спільній науковій лабораторії «Електронно-променевої нанотехнології неорганічних матеріалів для медицини» Інституту електрозварювання ім. Є.О. Патона і Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця розпочаті дослідження по створенню та вивченню специфічної активності нової групи наноматеріалів – вуглецевих сорбентів з нанопорами. Отримані дані свідчать про значну сорбційну активність вуглецевих нанокompозитів по відношенню до низько- і середньомолекулярних сполук і не високу до білків. Застосування нановуглецевих матеріалів для ентеросорбції матиме важливе не тільки медичне, але і соціальне значення з урахуванням етичних аспектів їх вивчення та впровадження у медичну практику.

S3.2/3 ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАНОМОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (НА ПРИМЕРЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АМОРФНОЙ НАНОДИСПЕРСНОЙ ФОРМЫ КАЛЬЦИЯ ГЛЮКОНАТА)

**Н.А.Кириянов, Н.С.Стрелков, Г.Н.Коньгин,
Д.С.Рыбин, Е.П.Елсуков, Е.П.Сухенко**
*Ижевская государственная медицинская
академия, Физико-технический институт УрО
РАН, г. Ижевск, Россия*

Одним из важнейших аспектов наномодифицированных традиционных лекарственных средств является их повышенная растворимость и проникающая способность. Однако эта новая особенность лекарственного средства может сделать ряд нанолечков небезопасными для применения. Не изученность и неординарность свойств субмикроскопических и наноразмерных частиц лекарственного препарата может привести к грубому нарушению принципов биоэтики при разработке принципов действия и при испытаниях указанных устройств с участием людей.

Для оперативного изучения необычных и

непредсказуемых свойств наноразмерных структур, включая и лекарственные, с целью определения их токсичности для предотвращения нежелательных эффектов требуются нетрадиционные методы и средства. Одним из таких методов может стать клеточный электрофорез с использованием автоматизированного приборного комплекса «Цито-Эксперт». С его помощью проведен анализ биотоксичности наночастиц некоторых химических веществ, в том числе глюконата кальция и серебра. При этом показана возможность отслеживания процесса воздействия этих наночастиц на живые клетки во временных интервалах. Систематическое и последовательное использование подобных методов и технических средств для исследований и испытаний нанодисперсных лекарств, материалов и покрытий, несомненно, будет способствовать предотвращению нарушений принципов биоэтики в данной сфере в ближайшем и отдаленном будущем.

В качестве примера мы приводим результаты физико-химических, экспериментальных и клинических исследований широко известного лекарственного препарата глюконата кальция (ГК) в его механоактивированной аморфной нанодисперсной модификации (МАКГ). Масс-спектрометрические исследования не обнаружили в МАКГ образования новых химических соединений. Размер частиц составлял от десятков до сотен нанометров, а их агрегаты не превышали 500 нм. На рентгеновской дифрактограмме МАКГ наблюдалось широкое диффузное гало, характерное для рентгеноаморфного состояния. Совокупность результатов физико-химических исследований позволили сделать вывод, что при механоактивации происходит образование полиморфных молекулярных модификаций ГК, сопровождающееся реорганизацией системы межмолекулярных водородных связей и последующей аморфизацией соединения при координирующей роли кальция. Квантово-химические расчеты подтвердили, что в случае разрыва межмолекулярных водородных связей возможна стереоизомеризация молекулы ГК, связанная с замещением атомов кислорода воды на атомы кислорода гидроксильных групп анионов глюконовой кислоты с образованием внутримолекулярных водородных связей, отсутствующих в исходной кристаллической структуре и увеличивающих устойчивость молекулы МАКГ.

Экспериментальные исследования. Применение препарата у белых крыс не выявило деструктивных изменений в их внутренних органах и костно-суставной системе.

Эксперименты на кроликах по заживлению искусственных дефектов-полостей в нижней челюсти диаметром до 2 мм с заполнением их деминерализованным костным аллотрансплантатом, ИК-терапией и добавлением МАКГ в рацион в суточной дозе 500 мг на 5 кг веса выявили более интенсивное образование аутокости в дефекте при применении МАКГ. Положительные результаты получены при добавлении МАКГ в рацион сельскохозяйственных животных.

Клинические исследования. МАКГ применяли у пациентов с диспластическими и дегенеративно-дистрофическими процессами, гипокальциемией, локальными дефектами костных тканей, костными кистами, переломами, остеопорозом и стоматологическими заболеваниями – одонтогенная кистогранулема, хронический генерализованный пародонтит. У всех пациентов получено информированное согласие на участие в исследовании. МАКГ применяли перорально в суточной дозе по Ca^{2+} не более 270 мг без дополнительного применения витаминов группы Д. У пациентов была выявлена положительная динамика – нормализация содержания кальция в крови, заполнение костных дефектов и восстановление структуры костной ткани, ускоренная консолидация переломов, сращение ложных суставов. При стоматологических заболеваниях за 1-2 месяца исчезала кровоточивость десен, уменьшалась подвижность зубов, восстанавливалась костная структура зубной альвеолы. Побочных явлений и осложнений не отмечалось.

Продолжение изучения клинических эффектов как МАКГ, так и других наноструктурированных лекарственных средств необходимо проводить только при отсутствии явлений токсичности, для чего мы рекомендуем метод электрофореза живых клеток в знакопеременном электромагнитном поле.

S3.2/4 ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ НАНОМАТЕРІАЛІВ

**І.М.Трахтенберг, О.Л.Апихтіна,
Н.М.Дмитруха**
*ДУ «Інститут медицини праці АМН України»,
Київ, Україна*

Швидко впровадження та широке застосування наноматеріалів у промисловості, мікроелектроніці, зокрема при виготовленні нових композиційних і полімерних матеріалів, а також у медицині, парфумерно-косметологічній

галузі, а, особливо, у побуті (нанотекстиль, продукти харчування), не тільки відкриває нові перспективи, але і внаслідок більш тісного контакту з ними живих організмів може становити загрозу для навколишнього середовища та здоров'я населення.

Наноматеріалам притаманні абсолютно інші фізико-хімічні властивості та біологічна дія порівняно із їх мікро- та іонними формами. Унікальні властивості наноматеріалів визначаються наявними квантовими ефектами, які значно проявляються з розмірами менше 100 нм. Невеликі розміри та різноманітність форм наночастинок зумовлює відмінності у особливостях їх надходження в організм, біотрансформації та виведення, взаємодії із клітинними структурами, біологічними молекулами (білками, ДНК та ін.). Велика відносна площа (у перерахунку на одиницю маси) наноматеріалів істотно збільшує їх адсорбційну ємність, хімічну реакційну здатність та каталітичні властивості. Висока адсорбційна активність наночастинок та наноматеріалів характеризується здатністю адсорбувати на одиницю маси набагато більше сполук та хімічних речовин, порівняно із макроскопічними дисперсіями. Цю властивість наночастинок необхідно враховувати, оскільки вони можуть на своїй поверхні адсорбувати токсичні хімічні сполуки та сприяти їх транспортуванню в клітини, істотно збільшуючи токсичні властивості останніх. Наночастинки завдяки своїм малим розмірам погано розпізнаються захисними системами організму, і, як наслідок, не піддаються біотрансформації та не виводяться з організму, що сприяє високій їх акумуляції у біосередовищах організму.

Широке впровадження нанотехнології та наноматеріалів у виробництво та побуті без ґрунтовних фундаментальних та токсиколого-гігієнічних і екологічних досліджень викликає занепокоєння щодо безпечності їх застосування та можливим загрозам здоров'ю населення та навколишньому середовищу.

Ситуація на виробництві та на ринку наноматеріалів потребує вирішення: в умовах виробництва та у лабораторіях робота повинна вестись із дотриманням належних заходів безпеки для працівників та навколишнього середовища; споживачі нанопродукції належним чином повинні бути поінформовані про потенційні ризики; необхідна розробка систем контролю, методів і приладів стеження та виявлення наноречовин у навколишньому середовищі, а також удосконалення механізмів їх токсиколого-гігієнічної оцінки. На сьогодні потребує вирішення проблема регламентації відходів та викидів підприємств наоіндустрії, а також оцінки життєвого циклу наноматеріалів у довіклі.

При регламентуванні наноматеріалів та наноречовин необхідно дотримуватися принципу безпечності їх використання та її переваги над комерційною вигодою від впровадження наноматеріалів, а також жорсткого контролю з боку держави.

S3.2/5 ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ В НАНОМЕДИЦИНІ

**В.В.Короленко, П.Ф.Музиченко,
А.В.Рибачук**

*Національний медичний університет імені
О.О.Богомольця, Київ, Україна*

В теперішній час постають численні питання щодо етичного використання досягнень наномедицини, зокрема, питання згоди на основі повної інформації; оцінка ризику; токсичність і оздоровлення людини (John Weckert, 2008). Обговорення етики і наномедицини принесло багато важких для суспільства проблем. Фактично, наномедицина піднімає багато соціальних питань. Так, дуже складним при використанні наномедицини є питання згоди на основі повної інформації. Хоча згоду пацієнта отримати можливо і це не надто важко, але невідомо, коли пацієнт зможе одержувати повну й незалежну інформацію (EC Group on Ethics in Science and New Technologies, EGE, 2006). «Згода на основі повної інформації вимагає, щоб інформація була зрозуміла. Як можливо дати інформацію про наслідки в галузі досліджень, яка швидко розвивається, і зробити реалістичну оцінку ризику через безліч невідомих факторів і складність?». За висновками EGE, через відсутність знань і складності питання буде важко надати адекватну інформацію про поставлений діагноз, профілактику й терапію, що необхідна для згоди на основі повної інформації.

Інша проблема – зв'язок між медичними й немедичними використаннями нанотехнологій з діагностичною, терапевтичною і профілактичною метою. Залишається проблемою питання, чи слід використовувати нанотехнології для внесення навмисних змін в організмі, коли зміни необхідні не з медичної точки зору.

Незважаючи на величезний потенціал й значне фінансування наномедицини, дослідження етичних, юридичних і соціальних значень застосування досягнень цієї галузі досі недостатні. «Наука рветься вперед, етика відстає», за влучним висловом Peter Singer (2003). Проблема наномедичної небезпеки буде існувати, доки дослідження етичних, юридичних і соціальних значень відстає від наукового розвитку.

S3.2/6 ESTIMATION OF BIOSAFETY OF NOVEL NANOSIZED MATERIALS FOR DRUG DELIVERY

**R.STOIKA¹, A.ZAICHENKO, N.MITINA²,
T.SKOROKHODA², M.MOSKVIN², R.BILYY¹,
Yu.KIT¹, N.BOIKO¹, R.PANCHUK¹, Ye.FILYAK¹,
Yu.SENKIV¹, N.SKOROKHYD¹**

*¹ Institute of Cell Biology (ICB), NAS of Ukraine,
Lviv, Ukraine*

*² Lviv National Polytechnic University (LNPU), Lviv,
Ukraine*

At present, there are rapidly growing problems of the non-efficient delivery and non-addressed action of drugs in the treated organism. Thus, modern market requires novel bio-targeting drug carriers, particularly the carriers for delivery of water-insoluble drugs, as well as carriers for DNA and siRNA delivery, and labeling materials for visualization of drug delivery, action and clearance. To address these urgent requirements, novel nanocomposites (NC) are developed at LNPU, and are further bio-functionalized and tested at the ICB, NAS of Ukraine. Chemical platforms for these NC were designed and synthesized on the basis of the polymeric surface-active oligo-electrolytes. The following characteristics of the NC are under control: 1) quality and quantity of structural blocks of the NC, and the unimodality of their size (1.5-6.0 kDa); 2) branching of the NC polymer chain at specific sites (if necessary); 3) providing the NC with active chemical groups (hydroxyl, carboxyl, amino, aldehyde, epoxy, others) for further functionalization; 4) covalent conjugation of specific bio-targeting molecules via these chemical groups. Bioactive elements conjugated to the synthesized NC are: a) specific anticancer drugs, antibiotics, alkaloids; b) DNA and siRNA; c) immunoglobulins and lectins; d) low molecular compounds (lipids, amino acids); e) polyethylene glycol. These NC were made detectable and measurable by incorporating fluorescent or luminescent, as well as super-paramagnetic or X-ray detectable compounds. The developed NC (micelle polymers and nanoparticles) were tested for their bio-compatibility and teratogenic action, and only those NC which possessed low toxicity towards the mammalian cells *in vitro* and *in vivo* (mice) were further applied. They were used for: 1) drug delivery *in vitro* and *in vivo*; 2) delivery of nucleic acids to the mammalian, yeast and bacterial cells; 3) animal immunization with specific protein antigens. Novel technologies were also developed for diagnostics (detecting and measuring of dying mammalian cells). Lectin-functionalized super-paramagnetic nanoparticles were used for iso-

lation and destruction of human apoptotic cells. Other applications of the developed NC, as well as their bio-safety aspects, are discussed.

These studies were partly supported by STCU grants #1930, #4140, #4953.

S3.2/7 КОНЦЕПЦИЯ КУРСА «ЭТИКА В НАНОТЕХНОЛОГИИ» ДЛЯ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «НАНОТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ БИОМЕДИЦИНЫ»

Т.Ярошикова, Я.Вранова

*Чешский технический университет в Праге,
Прага, Чешская Республика*

На факультете биомедицинской инженерии Чешского Технического Университета в Праге мы готовим новую специальность «Нанотехнологии для биомедицины».

В рамках этой новой специальности студенты будут получать подготовку в различных областях наномедицины – производство лекарств, транспорт лекарств в организм, методы изображения и диагностики, терапия, тканевая инженерия, имплантаты, производство нанороботов. Студенты будут иметь возможность выбрать из многих факультативных предметов, которые имеют отношение к нанотехнологии – конструкция новых процессоров – на уровне ДНК, новые источники энергий и т.п.

Нанотехнологии способны менять свойства материалов на молекулярном и атомном уровнях, с медицинской точки зрения они способны проникать в организм на уровне клеток, внутриклеточных структур, ДНК и т.п.

Именно эти факты ставят перед наукой, правительствами государств с развивающимися нанотехнологиями, в том числе и перед нашими студентами как будущими учеными многие проблемы – социальные, обеспечения безопасности и прежде всего этические.

Поэтому в рамках нашей новой специальности «Нанотехнологии для биомедицины» также будет очень важный курс «Этика в нанотехнологии». В нем студенты сначала ознакомятся с основными понятиями этики, науки, этическими нормами научной работы, с этическим воздействием науки на современное общество, с применением этических подходов в области физики, биологии и прежде всего медицины.

Основной аспект будет направлен на современные технологии, в том числе нанотехнологии. Именно они несут в себе огромный потенциал и практическую значимость, прежде всего в медицине. Например, в лечении

до сих пор не излечимых заболеваний. В социальной сфере нанотехнологии приносят новые (доступные для всех) энергетические ресурсы – это имеет большое значение для бедных стран света.

Тем не менее нанотехнологии также ставят новые задачи и новые опасности. Нашей целью будет подготовить к этому наших студентов.

S3.2/8 НАНОСЕРЕБРО: ВОЗМОЖНЫЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ НАНОФАРМАКОЛОГИ ИЛИ НАНОТОКСИКОЛОГИИ

**И.Н. Андрусишина, И.А. Голуб,
Л.А. Крушинская**

*ГУ»Институт медицины труда НАМН Украины»,
Киев, Украина*

*Институт электросварки им. Е.О.Патона, Киев,
Украина*

В настоящее время бурно развивается нанотехнологии и их внедрение в различные отрасли деятельности человека. С точки зрения возможностей промышленного производства наноматериалов на Украине наиболее развитыми сегодня являются нанотехнологии на электро-импульсных и плазменных методах получения наночастиц металлов. В числе наноматериалов, производимых в настоящее время отечественной промышленностью, внимание привлекают препараты наночастиц серебра для наномедицины и нанофармакологии. Известно, что получение на основе нанотехнологий этих препаратов позволит удешевить их и сделать доступными для лечения многих заболеваний. В данном исследовании был использован дисперсный порошок наночастиц металлического серебра, выпускаемый научной лабораторией «Электронно-лучевая технология неорганических материалов для медицины» Института электросварки им. Е.О.Патона (руководитель академик НАН Б.А.Мовчан). В ходе разработки коллоидных систем наносеребра были получены удовлетворительные результаты при растворения серебра в декстране, поливинилпирролидоне (ПВП) и альбумине. Так, объемная концентрация серебра в 1% маточном растворе ПВП, измеренная методом атомно-абсорбционной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой (АЕС-ИСП) составила 54 мг/л (теоретическая 45-50 мг/л). Размер наночастиц серебра колебался в пределах 6-10 нм (метод ЛКС) при этом частицы имели сферическую форму. Методом масс-спектрометрии было установлено, что наночастицы серебра в 1% ПВП находились в форме оксида Ag. Однако до настоящего вре-

мени недостаточно изучены возможные токсические эффекты наносеребра. Поэтому для оценки возможных токсических свойств полученного коллоидного раствора серебра нами был проведен подострый эксперимент на 20 половозрелых крысах-самцах линии Wistar весом 150-220 г с учетом правил биоэтики. В основу дизайна эксперимента были положены методические рекомендации «Оценка безопасности наноматериалов» (Россия, 2007). Опытным животным внутрижелудочно на протяжении 14 дней вводили раствор наносеребра на 1% ПВП в концентрации серебра 2,5 мг на 100 г веса животного. Контрольные животные получали дистиллированную воду. Изучали общее состояние животных (смертность, общая активность, прирост массы тела и др.), биохимические показатели, включающие определение общего белка, глюкозы и окислительных ферментов – цинк-протопорфирина (ЦПП) цельной крови и церулоплазмينا сыворотки крови, проводился общий и клинический анализ крови и микроэлементный анализ (Ca, Mg, Cu, Fe, Zn, Se, I, Ag) тканей мозга, печени, почек и эндокринных органов. На фоне прироста массы тела животных в опытной и контрольной группах внутрижелудочное введение наносеребра не приводило к изменению буферных и транспортных свойств белка, не угнетало аэробное дыхание, которое протекает с участием глюкозы. Однако влияло на функцию клеточного дыхания (рост ЦПП), увеличение содержания лимфоцитов (стимуляция фагоцитоза). Выявлено накопление серебра в ткани мозга, печени и эндокринных органов, снижение уровня иода и селена в ЩЗ. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии явно выраженного негативного влияния препарата наносеребра на состояние организма подопытных животных в подостром опыте.

S3.3/3 ETHICAL PROBLEMS OF USING OF THE GMO RESEARCH RESULTS IN RUSSIA

P.N. Kharchenko

*Institute of Agricultural Biotechnology, Russian
Academy of Agricultural Sciences, Moscow,
Russia*

Safe and enlarged production of food and feed along with procurement of healthy ecology is a most important problem of the nation. Unfortunately, traditional (conventional or organic) agriculture even with use of known more or less progressive technologies is unable to resolve this very important problem in a full scale. For the

sake of the state food safety the new and, in fact, revolutionary biotechnological tools are needed. Today we are strongly needed in highly productive agricultural plant varieties that in addition are resistant to various diseases and tolerant to unfavorable abiotic stresses.

In Russia the essential share of crops is lost even before harvesting due to weeds and various pathogens, in particular. Using of various plant protective chemical preparations is often not efficient, expensive, not safe for consumers and leads to soil and water pollutions. There is no way and time to overcome these difficulties except for production and rational propagation of new transgenic plants with useful properties. Unfortunately, in Russia this agricultural strategy is underestimated and it does not have respective solid state legislative fundament.

Development of GM technologies is mainly associated now with introduction into commercial plant varieties of whole cassettes with package of many genes coding for various important plant properties. In Russia this progressive «green technology» meets still a massive wall of distrust, bias and deliberate fear. Nevertheless, the Russian Federal Law declares already the obligatory GM ingredient marking on all commercial food products and an obligatory control (determination) for their content.

In the Institute of Agricultural Biotechnology the methodology of modern agricultural biotechnology is developed, including development of the most efficient methods of construction of unique genetic vectors and production and propagation of transgenic plants. By means of these methods the various transgenic agricultural plants (wheat, plum, carrot, tomato, rape and others) that have improved commercial properties and are tolerant to different biological and abiotic stresses are obtained and tested now in the field.

S3.3/4 BIOETHICS ASPECTS OF GMOS USE IN THE POLISH AGRICULTURE

M. Czapka, U. Kontny, V. Kozik

*Bytom University of Economics and
Administration, Poland*

The ethics issue was the subject of deliberations and investigations of ancient philosophers. As through the progress of civilization and the development of ethical science had been extending its areas of influences in different spheres of life and human activities, including using the GMOs in agriculture. In recent years, the interest in using genetics to improve human life has increased. This interest at the beginning was the domain of

medicine. With the development of biotechnology, it has started to enter the environmental safety, agriculture and agri-food processing. Major achievements in this field have had and still have highly developed countries. This comes from the fact that the cost of genetic researches is very high. Nowadays, biotechnology is considered to be one of the five most important technologies of XXI century. According to the definition adopted by the Organization for Economic Co-Operation and Development, biotechnology is being understood as the application of scientific and engineering methods for the processing of materials by biological agents to obtain goods and services. In turn, the European Federation of Biotechnology defines biotechnology as the integration of natural and engineering sciences for the application of organisms, cells, and their parts also molecular analogues for the acquisition of goods and services. It is indicated that biotechnologies may affect biodiversity through using natural, indigenous genetic resources and introduction to ecosystems genetically modified organisms, which then enter into relationships with other components. The issue of biodiversity, which is referred, has been governed by the Convention on Biological Diversity (Rio de Janeiro, 1991). Many people even though they arouse controversy public opinion, we should stress that there is a necessity of continuing the development of the civilization and improvement of living conditions of societies. However, we should note the two previously presented definitions of biotechnology. From both of them can be found that it shows clearly that the purpose of biotechnology is to obtain goods and services. We must therefore ask ourselves who or which is the intention of goods and services acquisition? Do you really expect consumers to improve the organoleptic product (color, taste, smell) and their nutritional value (protein, lipids and saccharine)? Or may be is true that food producers, through various social engineering treatments try to convince consumers that these are their expectations, and it really comes to the huge profits from the sale of modified food?. Another question concerns the limit of interference of biotechnology in food production. The next question is: What side effects may bring the consumption of GM food? What really should be the goal of biotechnology and genetic engineering? In which cases should be allowed the interference in human nature? What are the rules in the cases described above? All these questions are closely connected with bioethics. Therefore, it is important to present these issues that worry from the perspective of bioethics for the use of GMOs in the Polish agriculture.

S3.3/5
НАНОТЕХНОЛОГИИ В СЕЛЬСКОМ
ХОЗЯЙСТВЕ**И.П.Капитальчук***ГУ РНИИ экологии и природных ресурсов,
Бендеры, Молдова*

На сегодняшний день наноматериалы и нанотехнологии находят применение практически во всех областях сельского хозяйства: растениеводстве, животноводстве, птицеводстве, рыбоводстве, ветеринарии, перерабатывающей промышленности, производстве сельхозтехники. В растениеводстве применение нанопрепаратов, в качестве микроудобрений, обеспечивает повышение устойчивости к неблагоприятным погодным условиям и увеличение урожайности. В животноводстве и птицеводстве при изготовлении кормов нанотехнологии обеспечивают повышение продуктивности, сопротивляемости стрессам и инфекциям. На основе наноматериалов создано большое число препаратов, позволяющих сократить трение и износ деталей, что продлевает срок службы сельхозтехники. Нанотехнологии и наноматериалы находят широкое применение для дезинфекции сельхозпомещений и инструментов, при упаковке и хранении пищевых продуктов. В молочной промышленности нанотехнологии используются для создания продуктов функционального назначения. Развивается направление насыщения пищевого сырья биоактивными компонентами (витамины в виде наночастиц). По мнению ученых, применение нанотехнологий в сельском хозяйстве и на пищевых производствах приведет к рождению совершенно нового класса пищевых продуктов – «нанопродуктов», которые со временем вытеснят с рынка генномодифицированные продукты. Согласно общепринятой научной терминологии, продукт может называться «нанопродуктом», если при его выращивании, производстве, переработке или упаковке использовались наночастицы, нанотехнологические разработки и инструменты. Разработчики нанопродуктов обещают более совершенный процесс производства и упаковки продуктов питания, их улучшенный вкус и новые питательные свойства, ожидается также производство «функциональных» продуктов (продукт будет содержать лекарственные или дополнительные питательные вещества). Ожидается также увеличение производительности и уменьшение цен на пищевые продукты. **Ученые говорят не только о возможных выгодах в применении нанотехнологий, но и о возможных рисках. Ведь наночастицы легко проникают через кожу, дыхательные пути,**

желудочно-кишечный тракт, взаимодействуют друг с другом, приобретая, таким образом, неизвестные свойства. Поэтому переход от микротехнологий к нанотехнологиям требует специальных фундаментальных исследований. Особое место в нанотехнологиях занимает область нанобиотехнологий. Речь идет о создании устройств с использованием биологических макромолекул в целях изучения или управления биологическими системами. Нанобиотехнология объединяет достижения нанотехнологии и молекулярной биологии. В ней широко используется способность биомолекул к самосборке в наноструктуры. Поэтому прежде чем переходить к нанопродуктам, стоит хорошо изучить все возможные поведения их составляющих наночастиц.

S3.3/6
АГРОБИОЭТИКА И НОВЫЕ ВИДЫ
«МАТЕРИАЛЬНОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ»**Ф.Т.Нежметдинова***Казанский государственный аграрный
университет, Казань, Россия*

В настоящее время фактически происходит тотальная биотехнологизация всех стран. Движущими силами данного процесса являются: во-первых, потребность в энергии и сырье, во-вторых, колоссальные экологические проблемы, с которыми сегодня сталкивается цивилизация, в-третьих, необходимость развития депрессивных аграрных регионов и, в-четвертых, стремление населения к достижению нового качества жизни.

Став творцом нано-био-гено-инфо технологий, человек приобрел реальную возможность перестраивать биокосмос, социокосмос, свою собственную биогенетическую природу. Масштабное внедрение биотехнологий в XXI веке, трансгенизация живых организмов преобразует флору и фауну земного шара в планетарную сеть биофабрик, биоферм, биореакторов и т.д. Принципиально иным может стать повсеместное использование органических форм жизни для разных видов трудовой деятельности, охватывающей пространство от экологически чистых производств до сферы проведения досуга. Никогда ранее вопрос не ставился подобным образом – как возможное изменение фундаментальных оснований природы и человека. С этой точки зрения, дело даже не в этических принципах при проведении генетических исследований на людях или создания ГМО-продуктов, дело не в «уподоблении богу» или получения неограниченной «био-власти» – все дело в том, что мы «прорубили окно» к со-

вершенно новому виду «материальной жизнеспособности». Сегодня, когда биотехнологии нацелены на организацию нового типа материальности или «материальной жизнеспособности», как никогда актуальной выглядит задача выбора системы отсчета для конструирования новой системы ценностей.

Все эти, фантастические на первый взгляд, возможности, порождают достаточно много опасений по поводу вероятностного перехода биологических исследований в неуправляемую фазу «джина из бутылки» и соответственно возникает потребность в особом механизме контроля и регуляции. Сегодня трудно даже приблизительно оценить те последствия, которые повлечет за собой размножение живой материи, созданной искусственно. Автор доклада предполагает, что агробиоэтика, могла бы стать основой новой системы ценностей. Агробиоэтика – это социальный механизм контроля и регуляции новой «материальной жизнеспособности» в биоэкономике.

S3.4/1
ЧЕГО ЖДАТЬ ОТ НАНОТЕХНОЛОГИЙ?**М.В.Капитальчук***Приднестровский университет, Тирасполь,
Молдова*

В.Р. Поттер в 1969 г. вводит понятие «опасных знаний». Он утверждает, что знания накапливаются значительно быстрее, чем приходит мудрость, и это может привести к непредвиденным последствиям. К сожалению, утверждения Поттера подтверждается каждый раз, когда наука делает рывок «вперед». Одна из характерных черт наук, как это ни странно, аморальность. Хотя мораль и религия первичны в ходе формирования духовной культуры человечества. Если этика ставит на первое место нравственность, то наука – знания, которые «опьяняют» до тех пор пока результат этих знаний не будет очевиден. И тогда перед наукой предстает новая проблема – как устранить негативные результаты столь прогрессивного знания. Мы говорим о Морали, как о состоянии Природы, где все находится в динамическом равновесии, когда любое событие порождает отклик, поддерживающий гомеостаз Вселенной. К сожалению, в нашей культуре не существует знания о том, как принимать сознательные решения, отсутствует метод объективного видения реальности и прогнозирования. В связи с этим особенно важно говорить сегодня о нанотехнологиях с биоэтических позиций. Перед нами совершенно новые технологии. Особенность нанотехнологий – стремление проникнуть и манипулиро-

вать микромиром, влияя на макромир. На наших глазах фантастика становится реальностью – становится возможным перемещать отдельные атомы и складывать из них, как из кубиков, устройства и механизмы необычайно малых размеров и поэтому невидимые обычным глазом. Нанотехнологии, использующие самые последние достижения физики, химии и биологии – это не, просто, количественный, а качественный скачок от работы с веществом к манипуляции отдельными атомами. Исследователи тешат себя иллюзиями, считая, что нанометр можно заставить работать на нас. Можно, но как? Каждый раз, когда человек «покорял» Природу, в скором времени он был печально удивлен результатами «прогрессивных» технологий. Здесь важно вспомнить правило Б.Коммонера «Природа знает лучше». Нанометр очень мал (10^{-9} м) и это первая опасность. Наночастицы могут свободно проникать сквозь клеточные мембраны, а это значит, что они могут вызывать различные нарушения функций организма, помимо прогнозируемых лечений. Следующая опасность – это отходы производства. Известно, что все отходы производства необходимо утилизировать, но пока проработка очистительных сооружений специально под нужды нанотехнологов находится лишь в зачаточном состоянии, как это бывает с прогрессивными технологиями. И наконец, цели применения нанотехнологий. Кроме медицины, быта и т.д., достижения нанотехнологии могут быть направлены на безопасность и оборону, что является серьезной угрозой для человечества. Если нанотехнологии не будут жестко контролироваться, то число нанотехнологических наций в мире может быть гораздо больше числа ядерных держав, увеличивая риск регионального конфликта.

S3.4/2
БИОЭТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ
БИОТЕХНОЛОГИИ**Л.Л.Лукаш,***Институт молекулярной биологии и генетики
НАН Украины, Киев, Украина*

Достижения научно-технического прогресса открыли новые перспективы в развитии биологии и медицины. По мере того, как биотехнологии внедряются в медицину и сельскохозяйственную практику, перед обществом встает все больше вопросов относительно того, что делать с этими новыми возможностями, знаниями и перспективами. Необходимость оценки достижений науки с точки зрения общечеловеческих ценностей послужила стимулом к развитию биоэтики (этики уважения к жизни).

Биоэтика призвана определить границы и степень вмешательства современных биотехнологий в вопросы жизни, смерти и целостности живого организма. Выработанные этические принципы и запреты должны трансформироваться в нормативные акты отечественного законодательства, предполагающие конкретные права и обязанности.

Исследования со стволовыми клетками являются одним из современных направлений биомедицины, которая по определению задействует в терапевтических целях человеческий материал (эмбрион, зародыш, ткани взрослого человека и т.д.) либо как объект, либо как «сырье» для эксперимента или терапии. Неудивительно, что неминуемая «объективизация» человека в исследовательском процессе, с одной стороны, и наличие рисков для здоровья пациента, с другой, порождает ряд проблемных вопросов этического характера, которые получают в обществе все большее звучание в контексте защиты прав и достоинства человека.

Центральный вопрос, вокруг которого строятся дебаты по эмбриональным стволовым клеткам (ЭСК) – это нравственный и юридический статус эмбриона. Если эмбрион – это человеческое существо, личность, то с ним непозволительно делать ничего, что недопустимо делать с человеком (умышленно умерщвлять, увечить, причинять боль и т.д.). Если эмбрион на ранней стадии развития – это лишь конгломерат клеток, то ни закон, ни этические нормы не могут запретить использовать его для самых разных общественно полезных целей. Если это промежуточная форма жизни, то использование его в принципе, возможно, но с определенными оговорками.

С одной стороны, расширение экспериментальных исследований в тех сферах, которые имеют непосредственный выход на медицинскую практику, породило новые возможности – генетическое манипулирование, эмбриональную хирургию, новые технологии деторождения, трансплантацию органов, поддержание больного в бессознательном – «вегетативном» состоянии в течение долгого времени и т.д. С другой стороны, эти исследования и успехи создали нестандартные ситуации, усилившие остроту морально-этических и правовых проблем, необходимость контроля за развитием генной инженерии и биотехнологий с целью предотвращения их катастрофических последствий для человеческого вида. Однако основная задача биомедицинской этики – не запрещать и не налагать моратории на новые биотехнологии, а способствовать их развитию и правильному использованию.

S3.4/3 МОДЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ ИХ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО СКРИНИНГА

С.В.Репина¹, О.А.Нардид¹, Н.Т.Картель²

¹Институт проблем криобиологии и
криомедицины НАН Украины,
Харьков, Украина

²Институт химии поверхности им. А.А.Чуйко
НАН Украины,
Киев, Украина

Интенсивный поиск новых биологически активных соединений, применение новационных биотехнологий для повышения эффективности терапевтических мероприятий в современной медицине, с одной стороны, экологические последствия научно-технического прогресса, с другой, – все это вызывает необходимость изучения влияния биоактивных соединений на организм человека. Это предполагает использование возрастающего количества лабораторных животных в доклинических исследованиях.

Сформулированная в 1959 г. W. Russel & R. Birch концепция «трех R», которая легла в основу международных законов, стандартов и руководящих биоэтических документов, регламентирующих использование лабораторных животных, предлагает в качестве одного из принципов гуманного использования животных в исследовательских и других целях «Replacement – метод, позволяющий достичь цели без проведения экспериментов на животных».

Исходя из этого принципа в своих исследованиях, в качестве первичного скрининга мы проводим изучение влияния биологически активных соединений на структурно-функциональные показатели клеток.

Информативным, неинвазийным и фактически экспресс-методом оценки взаимодействия биоактивных веществ с клетками разной природы является метод ЭПР спиновых зондов, позволяющий:

оценивать функциональные характеристики клеток за счет оценки их восстановительно-окислительного потенциала;

целостность мембраны и структурное состояние компонентов мембраны и цитозоля клеток при сочетанном использовании водорастворимого спинового зонда и непроникающего через клеточные мембраны парамагнитного уширителя.

С использованием описанного подхода были проведены исследования редокс-

потенциала экстрактов плаценты для оценки исходного материала различных доноров, влияния на него факторов хранения, стерилизации и т.п.

Проведены исследования концентрационных и временных зависимостей влияния многостенных углеродных нанотрубок (УНТ) в окисленной и неокисленной формах на структурную целостность клеток на примере эритроцитов и функциональную митохондриальную активность на примере суспензии гепатоцитов (гомогената печени). Выявлены пороговые концентрации и времена взаимодействия клеток с УНТ, приводящие к их повреждению. Обнаружены различия окисленных УНТ по сравнению с неокисленными в их способности дезинтегрировать плазматические мембраны.

Обсуждается возможность использования метода ЭПР спиновых зондов для выявления как положительного, так и цитотоксичного действия биоактивных соединений для их первоначального скрининга.

S3.4/4 ЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАНОБЕЗПЕКИ

О.В.Демецька

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»,
м.Київ, Україна

Згідно з прогностичними оцінками, у найближчі роки саме розвиток нанотехнологій стане одним з основних рушіїв стимулювання істотних змін у промисловості, сільському господарстві та медицині. В той же час слід зазначити, що фахівці з нанотоксикології та експерти провідних міжнародних організацій наполягають на тому, що характеризуючи нанотехнології як «звичайний бізнес», ми ігноруємо уроки минулого та наражаємось на подвійний ризик. Так, з одного боку, це ризик інтенсивного впливу індустріальних наночастинок на здоров'я людей та довкілля. З іншого боку, в разі відмови від нанотехнологій, ми відмовляємось від одержання нових знань та потенційно корисних розробок в різних сферах життєдіяльності.

Отже, нанобезпека – це вплив нанотехнологій на навколишнє середовище та безпеку життєдіяльності. Загалом, коло проблем нанобезпеки при використанні нанотехнологій можна окреслити наступним чином: професійна безпека, здоров'я споживачів та захист довкілля. Сьогодні виділяють наступні аспекти в області забезпечення безпеки застосування нанотехнологій та наноматеріалів:

медико-біологічні (дослідження особливостей біологічної дії наночастинок, параметрів

токсичності, впливу на здоров'я та довкілля); юридичні (державне законодавство щодо нанотехнологій); етичні.

Щодо етичних аспектів нанобезпеки, то перше, йдеться про інформованість виробників, працюючих та населення як щодо користі нанотехнологій, так і щодо потенційної небезпеки частинок нанодіапазону. По-друге, слід враховувати ймовірний вплив нанотехнологій на навколишнє середовище.

Сьогодні в світі та в Україні активно формуються ринки нанотоварів та нанопослуг, тому важливим аспектом є надання максимально повної та адекватної інформації, оскільки обізнаність населення є вкрай недостатньою. Так, певна частина громадян із ентузіазмом сприймає префікс «нано-» перед будь-якими товарами та послугами, інша частина категорично відмовляється від використання нанотоварів через побоювання щодо їх негативного впливу на власне здоров'я, і нарешті, певному відсотку громадян байдуже, бо вони взагалі не розуміють про що йдеться.

Таким чином, пріоритетними є такі питання нанобезпеки як вивчення токсичності наночастинок та нових матеріалів; моніторинг професійних впливів; аналіз потенційних ризиків для здоров'я людей, оточуючого середовища та професійних ризиків; державне законодавство щодо нанотехнологій; зменшення негативних впливів та розповсюдження інформації щодо потенційних ризиків; синхронізація вітчизняної наноіндустрії з міжнародною науковою та технологічною спільнотою.

В той же час слід враховувати, що розвиток нанотехнологій безумовно сприяє прогресу науки та техніки. Тому треба зробити все можливе, щоб експериментальні дослідження були об'єктивними та незаангажованими.

S3.4/5 ЕТИЧНІ ПИТАННЯ ПРИ ВИРОБНИЦТВІ НАНОМАТЕРІАЛІВ ТА НАНОЧАСТИНОК

Т.К.Кучерук, Н.А.Сальнікова, О.В.Демецька
ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»,
Київ, Україна

Як відомо, нанотехнології обумовлюють значний прорив у медицині, фармації, біотехнології та різноманітних галузях промисловості. Однак, якщо наноматеріали для медицини підлягають дуже суворому тестуванню на предмет співвідношення користі та ризиків, то так звані індустріальні наночастинок – зовсім інша справа. Наприклад, відкриті близько двох десятиріч тому карбонові нанотрубки вважалися цілком

безпечними та знайшли широке використання в біомедицині, мікроелектроніці та ін. Проте, сьогодні відомо, що нанотрубки проникають через мембрану клітини, накопичуються в цитоплазмі та ядрі і тим самим викликають загибель клітин. Також встановлено, що вони можуть викликати такі захворювання, як мезотеліома плеври. Сьогодні карбонові нанотрубки є одним з трьох об'єктів, найбільш досліджених нанотоксикологами (поряд з діоксидом титану та діоксидом кремнію). В свою чергу, особливості біологічної дії переважної більшості аерозолів високодисперсних матеріалів всебічно не досліджувалися. Також слід зазначити, що безпека щодо використання нанотехнологій стосується не тільки виключно нових технологічних процесів та матеріалів, – сьогодні є всі підстави розглядати з позицій нанотоксикології навіть такі процеси як зварювання.

Встановлено, що механізм впливу на організм речовин, які знаходяться в ультрадисперсному стані, істотно відрізняється від існуючих наукових уявлень, що зумовлює необхідність розробки питань щодо моніторингу експозиції впливу аерозолів високодисперсних матеріалів, пошуку біомаркерів для оцінки функціонального стану працюючих в сфері нанотехнологій, вдосконалення засобів індивідуального захисту, а також перегляду деяких гігієнічних нормативів. Крім того, виходячи з світового досвіду та результатів власних досліджень, до груп підвищеного професійного ризику можуть бути віднесені працюючі, зайняті у відкритих виробничих процесах із створенням та використанням аерозолів високодисперсних матеріалів. Однак, слід зазначити, що інформованість щодо ймовірних негативних змін в організмі при контакті з високодисперсними аерозолями вітчизняних роботодавців та працюючих в сфері нанотехнологій є вкрай недостатньою. Натомість, Національним Інститутом професійної безпеки та здоров'я (США) у 2008 р. було видане керівництво для роботодавців, менеджерів та фахівців з медицини праці «Безпечні нанотехнології на робочому місці», яке містить первинні відомості щодо особливостей біологічної дії частинок нанодіапазону, несприятливих ефектів їхнього впливу на організм та засобів колективного та індивідуального захисту. На наш погляд, доцільно запозичити цей досвід для впровадження в Україні.

Також необхідним кроком є поглиблене дослідження особливостей біологічної дії аерозолів високодисперсних матеріалів, оскільки кількість працюючих, які мають професійний контакт із наночастинками та наноматеріалами, постійно збільшується.

S3.4/6 НАНОТЕХНОЛОГИИ – БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И БИОБЕЗОПАСНОСТЬ

В.Н.Кипень, Н.С.Крапивина, С.Б.Мельнов
*Международный государственный
экологический университет имени
А.Д.Сахарова, Минск, Республика Беларусь*

Термин «нанотехнология» стал весьма популярным в последние годы. Нанотехнологии уже провозгласили наукой будущего, избавляющей человечество от морщин, утилизировавшей мусор и очищающей одежду без стирки. Однако история неопровержимо свидетельствует о том, что едва ли все полезные изобретения и научно-технические разработки не только способствуют развитию экономики, но также ставят человечество перед новыми и подчас труднопредсказуемыми опасностями.

Однако, даже люди, выступавшие в поддержку развития нанотехнологий, часто весьма приблизительно представляют о чем идет речь. Не подлежит сомнению, что многие наноматериалы могут обладать токсичным действием. Например, вдыхание наночастиц полистирола не только вызывает воспаление легочной ткани, но также провоцирует тромбоз кровеносных сосудов (Wang J.J. et al., 2007). Есть сведения, что углеродные наночастицы могут вызывать расстройства сердечной деятельности и подавлять активность иммунной системы, а фуллерены, многоатомные шаровидные молекулы углерода поперечником в несколько нанометров, могут разрушать ткани мозга (Hardman R., 2006). В целом, проникновение наночастиц в биосферу чревато многими последствиями, прогнозировать которые пока не представляется возможным из-за недостатка информации, что настоятельно свидетельствует о необходимости тщательной биоэтической экспертизы такого рода технологий.

Многие этически значимые аспекты нанотехнологий не являются новыми и не связаны конкретно с нанотехнологиями. Новым является столкновение различных традиционных линий этического поведения ученых, что может быть связано непосредственно с многосторонностью и междисциплинарным характером самой нанотехнологии, которая объединяет в себе многие направления и тенденции науки, не говоря уже о широком спектре возможных применений (Mnyusiwalla и др., 2003).

Оценка этических проблем, связанных со стремительным и широким развитием нанотехнологий, может быть получена при эффективно организованном общественном обсуждении,

необходимом при внедрении новых технологий. Этические суждения и оценки могут дать ориентиры развития нанотехнологий в отношении вопросов справедливости распределения возникающих возможностей и рисков. В дальнейшем процессе конкретного внедрения нанотехнологий абстрактные идеи приобретут конкретную форму и позволят нам осмыслить и этически новую ситуацию.

P3/1 БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК

І.С.Назарко
*Тернопільський національний технічний
університет імені Івана Пулюя, Тернопіль,
Україна*

Сьогодні практично у будь-якому продукті харчування і навіть у «екологічно чистих продуктах» є харчові добавки (ХД). Це речовини, які спеціально додають до продовольчої сировини, напівфабрикатів чи готових продуктів з метою надання їм певних якісних показників: збереження поживних властивостей харчових продуктів; надання їм привабливого вигляду; збільшення терміну їх зберігання; полегшення технологічної обробки продовольчої сировини; здешевлювання та скорочення технологічного процесу.

Однак, дослідження вчених щодо дії ХД на живі організми ставлять перед суспільством біоетичні питання про можливість використання окремих ХД у виробництві продуктів харчування. Сьогодні в світі у харчовому виробництві використовується близько 500 ХД, в Україні – 221. Радою ЄС розроблена система цифрового кодування ХД з літерою «Е» (від слова Європа чи від англ. – істівний) та з три чи чотиризначним кодом. Розрізняють 30 функціональних класів ХД: барвники, консерванти, антиоксиданти, підсолоджувачі, емульгатори, стабілізатори, підсилювачі смаку та ін.

Усі вони залежно від походження поділяють на 3 групи: 1) природні; 2) аналоги природних; 3) синтетичні. Синтетичні ХД вважаються найбільш небезпечними, оскільки це – ксенобіотики. Проте, навіть природні ХД, з технологічної точки зору, не можна вважати абсолютно нешкідливими, оскільки більшість токсичних речовин мають природне походження.

Тривогу вчених викликають зміни в живих організмах, що виникають внаслідок вживання багатьох ХД:

- алергенність (консерванти (бензоати), синтетичні барвники (амарант, індигокармін), полісахарид (мікробний), антиоксиданти (БОА [Е

- 320], БОТ [Е 321]), ароматизатори);
- канцерогенність (підсолоджувачі (сахарин, аспартам), парафіни);
- мутагенність (консерванти (нітрит натрію, біосульфід натрію);
- імунотоксичність (барвники (карамель III), полісахариди (мікробні));
- нейротоксичність (смакові добавки (глутамат натрію), підсолоджувач (аспартам));
- генотоксичність (підсолоджувач (сахарин)).

Постійне нарощування виробництва ХД та поширення їх використання населенням, їх токсичність, негативний вплив на роботу нервової системи, шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, обмін речовин свідчать про необхідність обмежити використання найбільш шкідливих ХД та переглянути гранично допустимі рівні щодо їх використання в меншій концентрації. Особливо це стосується консервантів, барвників, ароматизаторів, підсолоджувачів. Виходячи з наведених фактів використання ХД повинно суворо контролюватися, а у дитячих продуктах харчування повинно бути заборонено.

P3/2 ЗДОРОВЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я ОРГАНІЗМУ

І.І.Стернат', Р.С.Стернат²

*¹1-а Міська клінічна лікарня ім.князя Лева,
Львів, Україна*

*²Львівський національний університет імені
Данила Галицького,
Львів, Україна*

Згідно зі статистичними даними, якість медичної допомоги визначає стан нашого здоров'я лише на 10 %, а спосіб життя – приблизно на 50 %. Якісний і кількісний склад їжі загалом і визначає стан органів та систем організму. «Все мені можна, та не все корисне...» (І Корінтян 6:12). Науково доведено, що 70-80% онкозахворювань викликані неправильним харчуванням, водою, яку ми споживаємо, нашим стилем життя та середовищем, в якому ми проживаємо (Нац. інститут ракових досліджень у США). Збагативши раціон цінними для організму речовинами, є реальна можливість покращити стан здоров'я, якість життя та продовжити його тривалість. Вже за два тижні вживання шкідливої їжі збільшується вага тіла, порушується сон, що в свою чергу погано впливає на стан та діяльність серцево-судинної системи та крові. З'являються симптоми втоми, безсилля, загальної слабкості та зниження пам'яті і уваги. Навіть при збалансованому фізичному навантаженні не вдається

утримувати своє тіло у здоровому стані.

У природі ненасичені жирні кислоти існують, в основному, в цис-формі, і людський організм пристосований саме до цього. Коли ж під час гідрогенізації змінюється просторова конфігурація структури жирних кислот, утворюються транс-форми. Споживання великої кількості транс-ізомерів жирних кислот призводить до підвищення холестерину низької щільності і водночас – зниження холестерину високої щільності. Транс-ізомери, вбудовуючись в оболонку клітин організму, порушують їх правильне функціонування зі всіма негативними наслідками. Це може бути лімфоцит, еритроцит, чи клітини серця або печінки. Гіпертонічна хвороба значною мірою – це патологія мембран. Численні експерименти свідчать про високу токсичність окислених жирів. Такі жири викликають затримку росту експериментальних тварин, зміни біохімічних показників і навіть загибель. Термічно оброблений жир швидше відкладається в організмі, ніж жир у сирому вигляді. Після смаження чи тушкування структура масла й олії змінюється і вони легше затримуються в організмі, приводячи до метаболічного синдрому. Найбільшу кількість транс-ізомерів жирних кислот містять маргарини і так звані фритюрні жири, спреди. А коли смажаться продукти з підвищеною кількістю нітратів, які окислюючись, переходять у більш небезпечну форму – нітрити, тоді негативний ефект посилюється. Переходу нітратів у нітрити перешкоджають вітаміни Е і С. Зміна способу життя та харчування не дає побічних ефектів, є економічно вигідним та ефективним компонентом терапії, знижує АТ, покращує стан ССС, контролює рівень цукру, зменшує ризик виникнення онкологічної патології та збільшує тривалість життя. Життя дане нам Богом лише раз. І це великий дар! «Хіба ж не знаєте, що ваше тіло – храм Святого Духа, який живе у вас? Його ви маєте від Бога, тож уже не належите до себе самих. Ви бо куплені високою ціною! Тож прославляйте Бога у вашому тілі!» (I до Коринтян 6:19-20).

ЕКОЛОГІЯ І БІОЕТИКА

S4/1 ЕКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА: БИОЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Т.В.Мишаткина

*Международный государственный
экологический университет им. А.Д.Сахарова,
Минск, Республика Беларусь*

Сравнительно новое научное направление – «**экология человека**» – находится на стыке двух наук – экологии и гигиены окружающей среды (экологической медицины) и координирует проблему сохранения здоровья населения с функционированием экосистем. Предмет экологии человека – исследование объективных законов функционирования, развития и взаимосвязей целостной динамичной антропоэкосистемы «окружающая среда – человек». Внейприоритет охраны здоровья человека основан на учете его биопсихосоциальной сущности, а также на моральных ценностях и ориентирах, скоординированных с принципами организации и функционирования биологических систем природной среды. Целью экологии человека выступает обеспечение экологической безопасности населения, причем важнейшим фактором решения этой проблемы оказываются биоэтические аспекты поведения самого человека: его моральные установки, ценности и приоритеты, уровень его нравственной культуры.

Регламентирование экологического воздействия природных объектов на человека может стать реальностью только при условии соблюдения им *морального императива* – осознанного ограничения собственного негативного воздействия на функционирование биологических систем природной среды. Это зачастую приводит к возникновению «зоны непонимания» между представителями экологической медицины и собственно экологами. Разрешению этого «конфликта интересов» может способствовать введение в поле их противоречий моральных регулятивов, разрабатываемых *экологической этикой* и *биоэтикой*. Они «снимают» противоречие между антропоцентризмом «старого» гуманизма и

«новым», *не-антропоцентрическим* подходом, предполагающим заботу о Жизни и Живом во всех их проявлениях. Не рассматривая отношеный экоэтики и биоэтики в вертикальном, «соподчиненном» взаимодействию, отметим, что в горизонтальном разрезе их единство, общность, возможное (и необходимое) «сотрудничество» чрезвычайно важны для экологии человека. Обе сферы одинаково «пронизаны» моральными принципами, ценностями и императивами, содержащими одновременно возможности *этического измерения* и *этического обеспечения* экологии человека. Главные из них следующие:

- *принцип субъект-субъектных отношений человека и природы*, вытесняющий традиционные отношения человека к природе как объекту воздействия и использования и заменяющий их принципиально новым отношением к природе как *Иному субъекту*;
- *принцип «благоговения перед жизнью»*, требующий «относиться с благоговением к каждому живому существу и уважать его как собственную жизнь» (А. Швейцер);
- «*экологический императив*» – принцип, предъявляющий требования-«повеления» людям: учитывать одинаковую уязвимость человека и природной среды; не допускать превышения их «пределов прочности»; не вступать в противоречие с природными закономерностями; исключить из обихода «старые» принципы полезности и целесообразности, заменяя их новыми – «этико-био-экологизированными».

S4/2 ПРИНЦИПИ БІОЕТИКИ У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ З ГІГІЄНИ ДИТИНСТВА

Полька Н.С., Гозак С.В.

*ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім.
О.М.Марзєєва НАМН України»,
Київ, Україна*

Останнім часом поглиблюється розрив між досягненнями науково-технічного прогресу і морально-духовним розвитком людства. Тому

етика наукових досліджень на сьогодні займає одну з ключових позицій у галузі біоетики. Етичні питання виходять на передові позиції в усіх галузях науки, в тому числі гігієні і, звичайно, гігієні дітей і підлітків.

Наукові дослідження в галузі гігієни дитинства мають свої особливості. Їх проведення відбувається, як правило, в умовах натурного експерименту (у процесі виховання, навчання, тренування, оздоровлення дітей); має масовий характер досліджень: участь у експерименті приймають колективи дітей (учні одного чи декількох навчальних закладів, класів, вихованці дошкільних груп, груп дітей у позашкільних та оздоровчих закладах, гуртків); має лонгitudинальний характер (вивчення динаміки зрушень показників у часі): у процесі уроку, навчального дня, тижня, чверті, року, декількох років, а часом – і десятиліть.

Це потребує вирішення різноманітних проблем етичного характеру на усіх етапах виконання науково-дослідних робіт: при плануванні, виконанні досліджень, впровадженні результатів робіт у практику. Оскільки організована діяльність педагогів, вихователів з колективами дітей відбувається як цілісний, послідовний, безперервний процес, будь-яке втручання в цей процес, навіть короточасне, може зашкодити отриманню належного результату навчання. Отже, ретельне обґрунтування необхідності майбутнього втручання в цей процес необхідне вже на етапі планування досліджень. Надзвичайно важливим є вибір таких методичних підходів, які забезпечать максимально інформативні результати при мінімізації втручання. Потребують уніфікації організаційні заходи під час планування і проведення наукових гігієнічних досліджень під час співпраці з фахівцями районних і міських Управлінь освіти і науки, керівниками дитячих закладів та отримання поінформованої згоди від батьків і дітей в умовах обмеження часу.

На етапі проведення наукових гігієнічних досліджень важливим є чітке слідування календарному плану робіт з урахуванням етапності навчання: навчального року, чверті, дня з дотриманням усіх принципів біоетики.

На етапі розробки гігієнічних вимог та рекомендацій, а також їх впровадження у практику роботи медичних і педагогічних працівників дитячих закладів та фахівців державної санепідслужби дотримання етичних норм постає у питаннях доцільності цих вимог, їх уніфікації, простоти у практичному використанні, гарантії захисту прав, здоров'я і гідності дитини. Отже, розробка і уніфікація певних етичних підходів під час наукових досліджень у галузі гігієни дітей і підлітків сприятиме досягненню реальних

результатів у процесі збереження і зміцнення здоров'я дітей.

S4/3 **ЕКОЛОГІЧНА ЕТИКА ЯК ПЕРЕДУМОВА** **РОЗВИТКУ** **ГЛОБАЛЬНОЇ БІОЕТИКИ**

Н.В.Коваленко

*Національна медична академія
післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика,
Київ, Україна*

Еволюція розвитку екології як наукової дисципліни, галузі біологічного знання, що включила людину як важливий об'єкт пізнання, засвідчила поширення процесу екологізації. Процес екологізації як об'єктивний процес охопив всі сфери людської діяльності, викликав потужний інтерес до вивчення особливостей коеволюції суспільства і природи, до вивчення парадигмального ефекту в морально-етичній сфері, коли сучасна думка прийшла до утвердження морального права не лише за людиною, але й за ставленням людини до природних об'єктів. Отже, вектор розвитку екології можна визначити так: від «науки природної до науки моральнісної», від екологічної етики до екологічної біоетики.

Тобто екологічна етика розглядає етичний аспект взаємодії людини та суспільства з природою. Цей напрямок сучасної філософії почав формуватися у зв'язку з осмисленням причин і наслідків екологічної кризи та пошуком соціально-прийнятих способів її подолання. Представники екологічної етики відзначають розрив між екологічним та етичним розвитком, шукають нормативні стандарти, які б врегулювали стосунки людей з довкіллям.

Традиційна етика християнства і класичний раціоналізм обумовили морально-етичну «нечутливість» до екологічної проблематики. Традиційна етика розглядала етичні цінності та норми під кутом зору регуляції суспільних та людських стосунків, стверджувала, що інші живі істоти, неживі предмети, земна природа і Космос не можуть бути об'єктами морального відношення. Таким чином, сфера застосування традиційної етики розповсюджувалась тільки на сферу людських стосунків. Екологічна етика не є традиційною етикою.

Екологічна етика є науковим пошуком реальних альтернатив і метафізичних принципів, що визначають новий смисл людської моральності, який розкривається в неруйнівному ставленні людини до природи, до всіх живих істот. Вона орієнтована на розвиток самосвідомості як окремої людини, так і людства в

цілому, сполучена із загальним благоговінням перед життям.

Екологічна етика отримує подальший розвиток з позиції бурхливих взаємовідношень «людина – природа – соціум» у вигляді нової наукової теорії – екологічної біоетики, що поєднує біологічне знання з пізнанням системи людських цінностей, має довгострокові цілі та займається збереженням екосистеми в такій формі, щоб вона була сумісна з неперервним існуванням людського роду [Potter V.R.].

Ідея біоетики набуває глобального характеру і це пов'язано з процесом глобалізації сучасного суспільства, економіки, науки та культури. В.Р.Поттер розвиває біоетику і трансформує її в глобальну біоетику, яка об'єднує медичну та екологічну біоетики. Медична і екологічна біоетики як складові глобальної біоетики виникли внаслідок усвідомленого прагнення людства до виживання шляхом збереження біосфери на основі об'єднання сучасних досягнень науки і практики з мораллю і духовністю, а також захисту природних контрольних механізмів біосфери. Ідея глобальної біоетики, що пропонує досягнення «прийняттого виживання» суспільства в здоровій екосистемі, має позитивне і перспективне значення, оскільки спрямована на забезпечення виживання людства на основі поєднання медичної й екологічної біоетик. Слід також зазначити, що спільним об'єктом напрямків глобальної біоетики є життя, як об'єктивний феномен та об'єкт наукового пізнання, а їх предметом стає вивчення умов збереження і розвитку життя на Землі.

S4/4 **РОЛЬ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ** **В МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНІЙ МОДЕЛІ** **ПАРТНЕРСТВА ПРИ ОЦІНКАХ РИЗИКУ**

**О.І.Турос¹, Я.П. Маркевич¹, А.А. Петросян¹,
А.О. Турос²**

¹ДУ «Інститут гігієни та медичної кології ім.

О.М.Марзєєва НАМНУ»,

Київ, Україна

²Національний університет ім. Т.Г.Шевченка,

Київ, Україна

Двома найважливішими функціями засобів масової інформації є інформаційна – отримання і розповсюдження відомостей про найважливіші для громадян і органів влади події, та освітня – донесення до громадян знань, що дозволяє їм орієнтуватися у суперечливому потоці інформації. Ці функції є особливо важливими при подачі інформації щодо впливу забрудненого навколишнього середовища на здоров'я населення. Об'єктивна подача такого

роду інформації в Україні ускладнюється через недостатню освіченість представників засобів масової інформації, які спеціалізуються в екологічній журналістиці.

Інформування населення щодо ризику – це процес розповсюдження результатів визначення ступеня ризику для здоров'я людини та рішень щодо його зниження для тієї частини населення, яка підпадає під вплив екологічного ризику. Передача і поширення інформації щодо ризику є закономірним продовженням оцінки ризику, яка проводилася науковими експертами. Отримані в процесі оцінки ризику дані повинні бути повністю зрозумілими представникам ЗМІ, щоби вони могли адекватно висвітлити їх.

В рамках низки проектів по оцінках ризику від забруднення атмосферного повітря на здоров'я населення, що проводилися в м. Запоріжжя лабораторією гігієни атмосферного повітря та оцінок ризику ДУ «ІГМЕ ім. О.М. Марзєєва АМНУ» за підтримки Американської агенції з охорони довкілля та Всесвітнього Банку на етапі інформування щодо ризику, було проведено велику освітню роботу серед представників мас-медіа. Метою проектів було започаткувати низку ініціатив зі співпраці та заходів, які забезпечать зниження рівнів промислового забруднення повітря в м. Запоріжжі та зменшать ризик від промислового забруднення для здоров'я населення, що надасть змогу поліпшити стан здоров'я мешканців міста, а також поширити цей досвід на інші регіони України, а, в перспективі, впровадити в загальнонаціональному масштабі. Основні цільові групи учасників і потенційних партнерів проведених проектів: Запорізька міська Рада, управління екології Запорізької міської ради, державні органи Мінприроди та МОЗ, промислові підприємства, місцеві організації громадянського суспільства, населення загалом та ЗМІ. При розповсюдженні інформації щодо ризику бралися до уваги особливості сприйняття цієї теми різними цільовими групами.

Початковий рівень журналістів на початку проектів був дуже різним, деякі могли досить точно освітити проблеми, окремі зовсім не розумілися на цьому питанні. Серія навчальних семінарів для представників мас-медіа дозволила значно підвищити розуміння екологічних проблем, що було зумовлено не тільки розширенням кругозору, а й підвищенням фахового рівня. Веб-сайт «ЕкоСвіт Запоріжжя» (<http://www.eco.health.zp.ua/color.htm>), розроблений в рамках проекту, дав можливість широкого оприлюднення матеріалів ЗМІ та їх рейтингування. Отже, в реалізації проектів, що вимагають міжсекторального партнерства,

мас-медіа мають всіляко підтримувати біотетичні стосунки між всіма зацікавленими групами за допомогою інформаційної та освітньої функцій, а для цього журналісти мають бути достатньо поінформованими та освіченими.

S4/5 БІОЕТИЧНА ЕКСПЕРТИЗА НАУКОВИХ ПРОЕКТІВ В ГАЛУЗІ ГІГІЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ

**О.І.Винарська, Л.Є.Григоренко,
С.В.Лук'янчук, Т.А.Чубук**
*ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім.
О.М.Марзєєва НАМНУ»,
Київ, Україна*

Вивчення законів взаємовідносин організмів з середовищем існування, чим, власне, й займається екологія, встановлення закономірностей різних чинників навколишнього середовища на здоров'я людини, що входить в обов'язки гігієни, та застосування цих знань у практиці, нажаль, не принесе людству бажаних результатів без дотримання етичних цінностей. Етика – вчення про цінності, ідеали характеру, мораль, вчинки та цілі людства, яке притаманне для певної історичної епохи. Проте, крім цього, під етикою розуміються й моральні стандарти. Філософські напрямки, що стосуються етичних норм та правил, з'явилися ще у VI ст. до н.е. в Стародавньому Китаї (Конфуцій, Ян Чжу), у V ст. до н.е. в Стародавній Греції (Фалес, інш.). Однак, сьогодні ми повинні усвідомити, що етика людини не може вивчатися без реалістичного розуміння екології та гігієни в самому широкому розумінні цього слова.

Культурна еволюція передумовила, що людина буде втручатися в навколишнє середовище та змінювати власну біологічну природу. Історичні масштаби цього втручання величезні, але у теперішній час не можна продовжувати проводити таку безцеремонну політику. У зв'язку з цим, для того, щоб при плануванні та проведенні науково-дослідних робіт дотримувалися принципи високої моралі та гуманності за наказом МОЗ та АМН України від 01.12.2000 р. «Про подальший розвиток медичної генетики та біоетики в Україні» та з метою забезпечення проведення наукових медичних досліджень з дотриманням положень з біоетики Ради Європи у всіх установах АМНУ, в тому числі в ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М.Марзєєва АМНУ» у 2001 році (10.09.2001 р.) було створено Комітет з медичної етики.

Головним завданням діяльності Комітету є систематичне проведення етичної експертизи та морально-правової оцінки науково-

дослідних робіт, що стосуються проблем гігієни та екології, від етапу планування до їх завершення.

За період роботи Комітету, було проведено експертизу 52 проектів НДР, винесено 20 відповідних Висновків на представлені дисертаційні роботи щодо подання їх до офіційного захисту на засіданні спеціалізованої Вченої ради ДУ «ІГМЕ АМНУ», а також розглянуто матеріали 5 запланованих дисертацій.

Таким чином, створений та функціонуючий на базі нашого Інституту Комітет з медичної етики, на наш погляд, є необхідним і досить ефективним в забезпеченні біоетичних норм та правил при проведенні науково-дослідних робіт в області гігієни та екології.

S4/6 БІОЕТИЧНІ ПИТАННЯ КАНЦЕРОГЕННОГО РИЗИКУ

**І.О.Черниченко, О.М.Литвиченко,
О.В.Швагер**
*ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім.
О.М.Марзєєва НАМН України», Київ, Україна*

Сьогодення в Україні пов'язане з формуванням суспільства незалежної держави. Однак, при цьому мало уваги приділяється таким аспектам як культура, мораль і право, тоді як саме на їх основі можна побудувати міцне суспільство, де пріоритетом буде висока якість життя загалом і здоров'я окремої людини – зокрема.

Зараз перед фахівцями медико-профілактичного напрямку постає низка нових завдань, вирішення яких, з урахуванням морально-етичного критерію, дозволило б визначити необхідні умови життєдіяльності населення. Одним з провідних завдань при цьому є забезпечення інформаційного простору. Сьогодні, з позицій біоетики, населення повинно мати доступ до інформації щодо стану довкілля та безпеки його реального забруднення для здоров'я і, виходячи з цього, визначати прийнятне місце проживання і міри запобігання.

Вирішення останнього завдання найбільш повно можливе при залученні міжнародного досвіду – застосування методології оцінок ризику. Для ілюстрації даного твердження наведемо результати, що характеризують вплив хімічних речовин на стан здоров'я населення великого міста за умов комплексного надходження з атмосферним повітрям та харчовими продуктами. При цьому було ідентифіковано 18 речовин, з яких 12 мають канцерогенні властивості. Однак тільки 3 речовини майже у 100% проб перевищували ГДК у 2-6 разів. Це

бенз/а/пірен, формальдегід та оксиди азоту, які розглядалися нами як попередники нітрозамінів в органічному синтезі. За отриманими результатами було визначено середньодобові та середньорічні концентрації, на основі яких розраховано індивідуальні та популяційні ризики впливу цих сполук. У результаті визначено високий рівень сумарного індивідуального канцерогенного ризику на рівні $1,5 \cdot 10^{-2}$, де інгалаційне надходження канцерогенів зумовило ризик $4,0 \cdot 10^{-3}$, а пероральне – $1,1 \cdot 10^{-2}$.

Показано, що рівень ризику різко відрізняється залежно від району проживання, найбільш небезпечними виглядають центральні райони міста та автомагістралі. В той же час небезпека реалізації індивідуального ризику пропорційна чисельності населення, на яку розповсюджується вплив канцерогенних речовин, і характеризується показниками популяційного ризику. Загалом по місту популяційний ризик за рахунок екологічного чинника, який враховує тільки 5 провідних канцерогенів (бенз/а/пірен, 2 нітрозаміни, кадмій та хром VI) становить 21,3 випадків на 100 тис. населення, що складає 5,7% загальної онкозахворюваності. Важливо урахувати, що це далеко не повний ризик, обумовлений чинниками довкілля. В роботі ми тільки підкреслюємо його значення і розглядаємо канцерогенний ризик довкілля як одну з регульованих компонент. З іншого боку – наголошуємо на необхідності його знання у суспільстві, що дозволить оцінювати його з біоетичних позицій і вирішувати питання профілактики раку на індивідуальному рівні.

S4/7 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ БИОЭТИКИ В ИНВАЙРОНМЕНТАЛИЗМЕ

О.А.Науменко
*Национальный Университет Узбекистана,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Проблемы биоэтики являются одними из актуальных в науке и жизни в современном мире. Центральный вопрос биоэтики это вопрос об отношении личности к жизни и смерти. Жизнь, особенно человеческая, понимается как высшая ценность. В азиатском регионе многие из главных проблем биоэтики до современного периода практически не рассматривались. Однако, с середины XX столетия, в связи с развитием глобализационных процессов, Азия вступила в новую эру – «Эру биоэтики».

Одно из современных западных направлений – инвайронментализм, уделяет большое

внимание проблемам биоэтики, но рассматривает их с особых позиций. Инвайронментализм – это, прежде всего, общетеоретическая и мировоззренческая ориентация, в центре внимания которой находится взаимодействие социальных образований со средой их обитания, проявляющееся в различных сферах теоретизирования. Также под инвайронментализмом понимается движение за качество среды обитания. Ключевой особенностью инвайронментализма является то, что он развивается не только как теория, но и как определённая коммуникативная практика, направленная на расширение когнитивной и праксеологической области деятельности человека и формирование экологически ориентированной «жизненной политики» общества. Это означает, что цель научной работы в инвайронментализме преломляется в задачу сделать мир более приемлемым и обитаемым для человека и всего живого на земле. Поэтому важно, что некоторые идеи инвайронментализма распространяются и в регионе Азии.

Центральное понятие и главная ценность инвайронментализма это Природа и Окружающая среда. Сохранение окружающей среды, включающей флору и фауну, ставит её выше ценности человеческой личности. Такой аспект принимается не всеми, так как он идёт вразрез с главной ценностью – ценностью человеческой жизни. Но мы не должны забывать, что животные такие же «творения божьи», как и человек.

Всегда ли человек осознаёт свою ответственность перед животными? Конечно, на фоне основных проблем биоэтики проблема гуманного отношения к животным отходит на второй план, однако, без биологического разнообразия жизнь на Земле невозможна. Каждый день на нашей планете из-за нерациональной хозяйственной деятельности человека безвозвратно исчезает один вид флоры и фауны. По прогнозам специалистов к 2100 с существующими темпами урбанизации количество популяций флоры и фауны может сократиться наполовину.

Таким образом, принципы гуманизма, которые кажутся достаточно прочными, должны соотноситься не только с Человеком, но также и с Природой. В этом случае гуманизм теряет своё прежнее значение и становится экологическим гуманизмом (экогуманизм). Эгоизм человека привёл, в конце концов, к экологическому кризису, который затронул все ниши экологической системы. Экологический гуманизм в движении инвайронментализма в отличие от тра-

диционного гуманизма видит бытие человека в Природе. Природа – символическая жизнь человека. По этой причине человек должен относиться к Природе так же бережно, как к самому себе.

S4/8
ЕКОЕТИЧНІ ЗАСАДИ
ЗЕМЛЕКОРИСТУВАННЯ

М.О.Горін
Харківський НАУ ім. В.В.Докучаєва, Харків, Україна

Екоетичні засади раціонального (культурного) землекористування (ідея ноосфери, поклоніння життю, не зашкодь та ін.) базуються на основному імперативі сьогодення: *кожне покоління зобов'язане задовольняти свої потреби в довкіллі так, щоб його деградація не загрожувала майбутнім поколінням*. Екоетичні принципи ліквідують трагізм аморального господарювання на оскальпованій Землі і створюють базові стабілізатори гармонізації інтересів суспільства з біосферою, змінюють пануючу парадигму сучасного економічного мислення, яке стимулює екоцид у землекористуванні, позбавленому стратегічного задуму щодо використання головного національного багатства та перспективних версій окультурювання й охорони ґрунтів. Сказане ілюструє приклад річкових долин, напрочуд цілісних, еволюційно пов'язаних між собою в біогеоценотичні та ландшафтні екосистеми. Їх цілісність фрагментована минулою практикою господарювання, яке перетворило долинно екосистеми на арену хижацького пограбування. Припинення нинішнього протистояння економіки й екології як альтернатив господарювання та землекористування започатковує процедуру повернення українським ландшафтам їх первозданного статусу найбільш насичених біорозмаїттям екологічних ніш Біосфери, використання яких може здійснюватися лише у Богом і Природою дозволених формах. Однією з них є формування та розширення в Україні природно-заповідного фонду (ПЗФ), що супроводжується а) створенням національної екомережі у центрі європейського континенту з його головним планетарним масивом чорноземних еталонів біосферної родючості, б) трансформуванням структури сільгоспугідь, в) переведенням господарських земель в імперативно захищену категорію з розширенням відтворенням ґрунтово-ценотичного біорозмаїття. До ПЗФ рекомендується включати ґрунтові, геоботанічні та інші

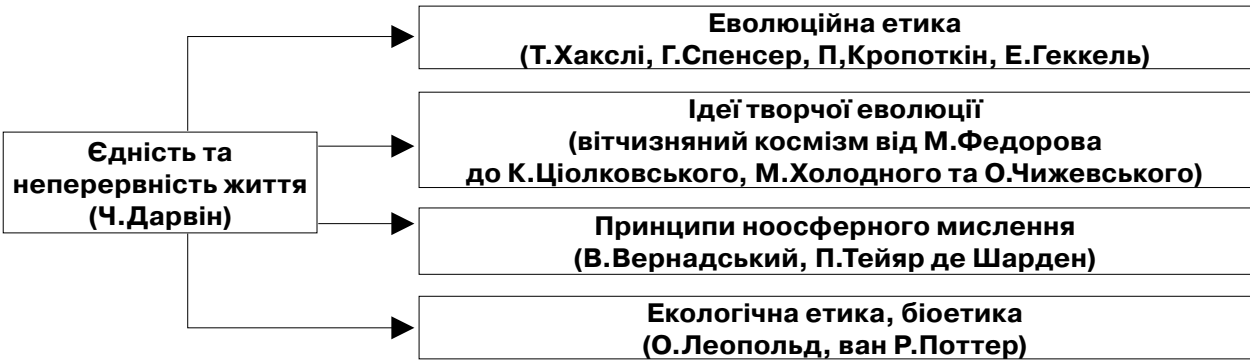
об'єкти, що охоплюють ключові, транзитно-об'єднуючі, буферні та відновлювальні території долинно-ландшафтних екосистем. Території й об'єкти ПЗФ не лише можна, але й слід використовувати для виробництва продовольчої продукції найвищого ґатунку в екологізованих підприємствах поліфункціонального призначення. *Екоетична парадигма* виявляє нові, невраховані в традиційних проектах і моделях способи облаштування земель ПЗФ, які легко трансформуватимуться в заповідні, але й ресурсні ділянки, наприклад у межах деградованих ландшафтів, які з екоетичних позицій є осередком заселення різноманітними видами біоти (екологічних стабілізаторів території). Пропонується нова категорія заповідних територій – комплексні біодинамічні заказники, адаптовані до долинно-басейнового принципу розширення ПЗФ. Тут можна виробляти екобезпечну біопродукцію без екоцидних агрохімікатів, що сприяє реставрації природних компонентів оточуючого середовища, наприклад, під лучними травостоями кормового призначення, дозоване стравлювання яких стабілізує ґрунтову родючість.

Запровадження екоетичних принципів у господарську практику в осередках ПЗФ дозволяють отримувати високо ціновану екобезпечну продукцію і бути економічно привабливими для інвесторів та авторів інноваційних проектів.

S4/9
ВПЛИВ ДАРВІНІВСЬКИХ ІДЕЙ НА
ФОРМУВАННЯ ЕКОЦЕНТРИЧНИХ
ПРИНЦИПІВ

Ю.К.Дупленко
Національний університет «Києво-Могилянська академія», Київ, Україна

В час, коли наукова громадськість світу відзначила 200-річний ювілей Ч.Дарвіна, актуальним уявляється аналіз впливу дарвінівських ідей на формування біоетичних принципів екоцентризму. Ідея еволюції, за Дарвіном, передбачала, що кожна істота на планеті має право на існування, принаймні право на боротьбу за існування – право, що об'єднує її з будь-якою іншою істотою. З моменту опублікування вчення Дарвіна принцип еволюції став методологічною основою концепцій багатьох вчених і мислителів. Історія розвитку екоетичної проблематики може бути ілюстрована наступною схемою.



Сформульовані О.Леопольдом екоетичні засади перш за все орієнтують на необхідність збереження – принцип збереження цілісності, стабільності та краси екосистем і збереження біорізноманітності. Крім того, він закликає до виховання поваги до природи і проголошує принцип особистої відповідальності за її здоров'я. У т.зв. етиці землі, розробленій Леопольдом, очевидний вихід за рамки антропоцентричного погляду на природу. Леопольду властиве розуміння природи, згідно з яким планета Земля розглядається як організм. Ці погляди мали продовження в наступному розвитку екологічної етики. Необхідно підкреслити, що процес зміни антропоцентричного підходу до природи на екоцентричний, ініційований Ч.Дарвіном і розвинутий наступниками, особливо А.Швейцером, О.Леопольдом і В.Р.Поттером, активно продовжується сьогодні, вносячи нагальні корективи у практику стосунків людського соціуму з довкіллям з позицій біоетики.

S4/10
ПРОБЛЕМИ ЗАЩИТЫ БИОРАЗНООБРАЗИЯ
МЕГАПОЛИСОВ

О.Б.Бондаренко
Харьковское областное общество защиты животных, Харьков, Украина

Проблемы защиты и сохранения животного мира в больших мегаполисах Украины с каждым годом становятся острее и вызывают тревогу. За последние двадцать лет ситуация с животными в городах претерпела серьезные изменения. Есть ряд причин, которые существенно повлияли на эти проблемы.

В первую очередь следует отметить открытость границ, что повлекло за собой большой приток животных из-за границы. В страну стали завозиться в большом количестве новые породы домашних животных. Значительно расширился зоорынок, как легальный, так и контрабандный. Стали появляться экзотические животные, которые бес-

контрольно поступают в продажу и так же бесконтрольно гибнут в огромных количествах. Проконтролировать торговлю животными в зоомагазинах и на базарах практически невозможно. Вопросы биоэтики отходят на третий план, когда возникает возможность нелегальной продажи уникальных дорогостоящих животных.

Особую тревогу вызывают частные зоопарки, которые практически бесконтрольны. Можно ли говорить о биоэтическом подходе, когда прямо по телевидению представители Верховной Рады хвастаются своими зооколлекциями, что уже само по себе является прямым грубым нарушением законодательства в отношении обращения с дикими животными?

Проблема содержания домашних животных по-прежнему остается нерешенной. Практически буксует система регистрации.

Общество столкнулось с проблемой гуманного решения бездомности животных, однако, несмотря на то, что наступил 21 век, решение этой проблемы идет по пути варварства и кровавых преступлений. Когда мы говорим о биоэтике, нам нужно просто посмотреть на животных, бегающих по улицам, абсолютно незащищенных и приговоренных к смерти. Мы много говорим об этом, но, несмотря на новый закон, продолжаем молчаливо созерцать беззаконие.

Абсолютно новой проблемой для защитников животных стала мода на дельфинарии, что уже само по себе является варварством. Это большая антигуманная провокация, так как она проводится на глазах детей в виде «безобидного» шоу.

Масштабные непродуманные застройки городов практически вытесняют остатки дикой природы, а порой приводят к ее полному уничтожению.

Биоэтика Украины, должна консолидироваться и стать основным фронтом на пути распространения варварства и преступности в отношении животного мира.

S4/11
ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ ПРИ ПРОФІЛАКТИЦІ
ПОЛІНУТРИЄНТНИХ ДЕФІЦИТІВ СЕРЕД
НАСЕЛЕННЯ, ЯКЕ ПРОЖИВАЄ НА
ЕКОЛОГІЧНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ТЕРИТОРІЯХ
УКРАЇНИ*І.Т.Матасар, Л.М.Петрищенко, В.І.Матасар,*
*О.Г.Луценко**ДУ «Науковий центр радіаційної медицини*
НАМН України», Київ, Україна

Забезпечення населення якісним та збалансованим харчуванням є великою біоетичною проблемою, оскільки їжа є головним чинником у формуванні здоров'я.

Вивчення стану фактичного харчування населення фертильного віку показало, що воно не відповідає фізіологічним потребам за вмістом комплексу поживних речовин. Особливо небезпечним є те, що раціони не збалансовані за вмістом есенціальних нутриєнтів. Довготривале споживання деформованих, з точки зору раціонального харчування, раціонів призведе до зниження адаптогенних можливостей організму, які в свою чергу спричинять ускладнення обумовлені перенесеними гострими захворюваннями.

В умовах постійного впливу іонізуючого випромінювання важливу роль відіграє достатнє забезпечення організму повноцінними білками.

У радіозахисному харчуванні обов'язково повинні бути присутні поліненасичені жирні кислоти родин ω_3 та ω_6 , котрі протидіють впливу радіоактивного чинника.

В умовах підвищеного впливу токсикантів антропогенного походження необхідно скорегувати вміст в раціоні харчування вуглеводів таким чином, щоб збільшити квоту складних некрохмальних вуглеводів (пектини, альгінати, полісахариди), а споживання простих вуглеводів (цукор та кондитерські вироби) – зменшити до мінімуму або замінити на фрукти та ягоди.

Низький вміст вітамінів в раціоні харчування знижує опір організму людини до дії токсикантів фізичної, хімічної та біологічної природи. В свою чергу, наприклад, радіаційний чинник додатково зменшує активність вітамінів, що призводить до зростання вітамінної недостатності. Необхідними в харчуванні населення екологічно небезпечних регіонів є антоціани, дія яких полягає у посиленні перистальтики кишечника, що зменшує всмоктування токсикантів різної природи. Багато антоціанів міститься у чорній смородині, чорноплідній горобині, буряках та темних сортах винограду. Велике значення для осіб фертильного віку має вітамін B_9 (фолієва кислота). Нестача фолієвої кислоти негативно

впливає на кровотворення та дозрівання нервової системи плоду. В умовах впливу малих доз іонізуючого випромінювання, коли існує підвищений ризик розвитку анемічних станів, роль фолієвої кислоти значно зростає. Зменшення стійкості організму до дії токсикантів антропогенного походження в умовах дефіциту вітамінів, є підставою для широкого вживання полівітамінних препаратів населенням забруднених територій. Такий підхід сприяє створенню в організмі резервів вітамінів та позитивно впливає на загальний стан організму.

Серед мінеральних речовин, достатність яких є визначальною, особливо для населення, яке мешкає на радіоактивно забруднених територіях та територіях ендемічних за вмістом мінеральних сполук, понад усе йоду, недооцінена. Щоб уникнути наслідків довготривалого впливу негативних екологічних чинників, етичним є відведення особливої ролі лікувально-профілактичному харчуванню. Профілактичний тип харчування повинен стати нормою життя для жителів екологічно небезпечних регіонів і, особливо, людей фертильного віку, вагітних жінок та дітей.

S4/12
СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ
ДОЗВІЛЛЯ ШКОЛЯРІВ*Н.Я.Яцковська, С.М.Джурінська**ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім.*
О.М. Марзєєва НАМН України», Київ, Україна

Проблема збереження і зміцнення здоров'я дітей є пріоритетною в дослідженнях фахівців різних галузей. Важливе місце у вирішенні даної проблеми займає питання організації вільного часу школярів. В результаті реформування системи освіти значно збільшилось навчальне навантаження школярів, зокрема візуальне і нервово-психічне напруження. В цьому сенсі раціональна організація дозвілля школярів має забезпечити різнобічний розвиток їх особистості та повноцінний відпочинок, який сприяє зростанню працездатності та зміцненню здоров'я дітей.

В 2009 році нами було проведено анкетування 296 школярів (126 хлопчиків і 170 дівчат) загальноосвітніх шкіл м. Києва за **метою** визначення сучасних особливостей організації їх вільного часу у позашкільній діяльності.

Отримані **результати** показали, що основними захопленнями дітей у позашкільний час є робота з книгами (40,5 %), комп'ютерні ігри вдома (42,9 %), перегляд телепередач (39,9 %) та відвідування спортивних секцій (37,8 %). Питомо вага школярів, що відвідують комп'ютерні

клуби, досить незначна (4,4 %) і досягає найбільшої кількості у учнів 10 класу (10 % хлопчиків і 5 % дівчаток).

Необхідно відмітити, що окремі захоплення мають перевагу у дітей різних статевих груп. Так, хлопчики віддають перевагу комп'ютерним іграм (54,8 %) і спортивним секціям (55,6 %), тоді як дівчата більше читають (45,3 %) і дивляться телебачення (42,9 %).

При розподілі дітей за тривалістю часу перегляду телепередач було встановлено, що 10,5 % дітей дивляться телебачення не більше 30 хвилин, 34,8 % – не більше одної години, 35,5 % – від години до півтори години і 17,9 % – більше двох годин.

Тривалість перебування на свіжому повітрі (включаючи дорогу до школи та назад) коливається у дітей різного віку від 3-х годин до 4-х годин, причому найбільш тривалими є прогулянки учнів 7-го класу, що складає у хлопчиків $3,9 \pm 0,7$ годин і $3,8 \pm 0,2$ годин у дівчат.

Висновки. 1. Основними напрямками позашкільної діяльності школярів є комп'ютерні розваги (42,9 %), робота з книгами (40,5 %) та перегляд телепередач (39,9 %), які забезпечують додаткове візуальне навантаження у дітей.

Спортивні секції відвідує лише третина дітей шкільного віку, однак переважно хлопчики.

Організація вільного часу сучасних школярів потребує оптимізації за рахунок зменшення візуального навантаження та збільшення рухової активності дітей.

S4/13
ЕКОЛОГІЧНЕ МИСЛЕННЯ*І.В.Доценко**Громадська організація «Комітет біологічної*
безпеки», Одеса, Україна

Екологічне мислення, як одна з основ виховання суспільства. Завдання сучасної освіти тепер полягає не лише в тому, щоб дати спеціальні знання, але і в тому, щоб змінити життя нових поколінь і виховати екологічно свідомих громадян, які зможуть жити і працювати в сучасному суспільстві, яке стає все більш екологічно орієнтованим і екологічно компетентним. Впровадження в дошкільних і шкільних учбових закладах уроків екології, включаючи практичні заняття, підготовка підручників, не менш важлива підготовка вчителів. «Немає більшого гріха перед нащадками, ніж залишити їм в спадок зростаючу популяцію імбецилів» (Г. Спенсер 1884г).

Нова епоха – нова людина. Введення на законодавчому державному рівні вищих

вимог до якості вироблюваної (повернення до системи ДЕСТів і повної відміни ТУ в харчовій промисловості) продукції, що особливо ввозиться, інакше так і буде Україна споживчим ринком неякісної і дуже небезпечною продукції.

Використання нових технологій по переробці ТПВ, повна заборона на використання, а особливо на будівництво сміттєспалювальних заводів відкритого типу.

Діяльність людини – оточуюче середовище – здоров'я людини.

P4/1
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА
ВЭЖХ В ЭКОЛОГИИ И ВОПРОСЫ
БИОЭТИКИ*М.Х.Турсунова, Р.И.Рахимов**Ташкентская медицинская академия*
Узбекистан, Ташкент

Интенсивное внедрение новых химических веществ в народное хозяйство и среду обитания человека приводит к нарушению экологического равновесия между средой и организмом, что служит одной из причин развития неблагоприятных последствий различной тяжести и представляет собой растущую угрозу для здоровья населения. Возрастает число наблюдений, свидетельствующих о тесной взаимосвязи воздействия повышенного уровня ксенобиотиков, с развитием заболеваний репродуктивной системы человека, снижением фертильности, увеличением частоты анти- и перенатальной патологии потомства. Это подтверждается данными медицинской статистики многих стран мира, которые свидетельствуют об увеличении числа случаев врожденных уродств, неблагоприятного течения беременности и родов, мертворождаемости, нарушения физиологического и функционального состояния потомства.

Одним из патогенных факторов сельскохозяйственного производства является контакт с пестицидами. Пестициды отнесены к приоритетным экотоксикантам, и поэтому, должны находиться под постоянным контролем в объектах окружающей среды. Мониторинг пестицидов предусматривает их количественное определение в широком интервале концентраций, включающем уровень фона. Среди методов анализа, которые применимы к определению пестицидов, в первую очередь относятся высокоэффективные варианты жидкостной хроматографии.

Высокоэффективная жидкостная хроматография является удобным методом раз-

деления веществ в биопробах на отдельные компоненты, в основе которых лежит процесс распределения этих компонентов между неподвижной и подвижной фазами, перемещающимися друг относительно друга. Бурно развиваясь в последнее десятилетие, этот метод открыл возможность разделения смесей, содержащих десятки и сотни компонентов, их количественный и качественный анализ, препаративное выделение индивидуальных веществ. Высокоэффективная жидкостная хроматография весьма универсальна, благодаря чему она оказалась пригодной для изучения объектов самой разной природы. С её помощью можно проводить методологические и прикладные исследования, приводящие к созданию конкретных методик по определению пестицидов в объектах окружающей среды, что позволит не использовать лабораторных животных и соответствует биоэтическим принципам по гуманному обращению с экспериментальными животными.

Р4/2 ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗКЛАДУ БІОДЕСТРУКТИВНИХ ПОЛІМЕРІВ

О.Г.Белюга, О.В.Шибин, О.Д.Федоряк
Інститут біоорганічної хімії та нафтохімії НАН України, Київ, Україна

Як відомо, сьогодні існують тенденції щодо переорієнтації ціннісних настанов з антропоцентризму на природоцентризм задля створення нової екологічної етики – «етики не домінування» та «етики турботи». З цього приводу слід згадати одну з чисельних характеристик нашого часу, а саме, екологічні кризи, сумним наслідком яких є порушення гармонії в системах «людина-природа» та «суспільство- довкілля». Зокрема, в Атлантичному та Тихому океанах існують цілі пластикові масиви, що дрейфують – це полімерні матеріали, що не розкладаються в природних умовах та є джерелом суттєвого забруднення навколишнього середовища. Зокрема, тільки один плаваючий «острів» з пластика та гуми в Тихому океані займає площу, в 34 (!) рази вищу за територію Нідерландів.

Рішенням проблеми полімерних відходів може стати створення таких полімерів, які зберігають свої експлуатаційні характеристики лише на час використання, після чого руйнуються шляхом фізико-хімічних та біологічних перетворень під впливом факторів навколишнього середовища та легко залучаються до процесів метаболізму природних біосистем. Біодеструктивні полімери базуються на від-

творюваній сировині та розпадаються шляхом компостування.

В той же час слід враховувати ряд проблем, які виникають при роботі із компостом, як і з будь-яким біологічним середовищем. В першу чергу, це патогенні мікроорганізми (бактерії, віруси, гриби), які розмножуються під впливом певних температур та параметрів вологості, та продукти їхньої життєдіяльності. По-друге, це органічний пил, що містить частинки тваринного, рослинного та мікробіологічного походження різного розміру, в тому числі, і нанодіапазону, що, в свою чергу, може обумовлювати накопичення частинок в різних відділах респіраторного тракту, а також в інших органах та системах.

З іншого боку, слід зазначити, що сьогодні на ринку з'явилися полімери, для руйнування яких не потрібний промисловий компостінг: достатньо води чи сонячного світла. Це звичайні традиційні полімери, до складу яких в процесі виробництва додають спеціальні домішки (Totally Degradable Plastic Additives, TDPA). Такі пакувальні матеріали повністю руйнуються протягом трьох років на звичайному смітнику під впливом кисню, ультрафіолетового випромінювання та випадкового механічного впливу. Полімери із TDPA-домішками, які отримали назву оксі- чи фотобіорозкладаємих, знайшли широке використання при виробництві пакетів для супермаркетів. Однак, і в даному випадку залишається багато суперечливих моментів, щодо взаємодії продуктів розкладу із мікроорганізмами ґрунту, а також щодо впливу частинок пилу на організм людини. Отже, що є корисним для довкілля, може бути небезпечним для людини, і навпаки.

Таким чином, необхідним є проведення поглиблених досліджень процесу утилізації біодеструктивних полімерів та аналіз потенційних ризиків як для довкілля, так і для населення. Проведення таких досліджень цілком відповідає засадам «етики турботи» та є важливою умовою гармонізації відносин між людиною та природою.

Р4/3 БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПОСТРАЖДАЛО ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ

Н.О.Прокопенко

ДУ «Інститут геронтології НАМН України», Київ, Україна

Сьогодні Україна перебуває в стані глибокої демографічної кризи. Кризова демографічна

ситуація обумовлена насамперед несприятливими тенденціями смертності і низьким рівнем народжуваності, який не забезпечує просте відтворення населення. На рівень народжуваності істотно впливає репродуктивна поведінка населення. При цьому необхідно враховувати, що 15,8 % жінок репродуктивного віку проживають на радіоактивно забруднених територіях. Суперечлива інформація про радіологічні наслідки аварії позначається на репродуктивній поведінці постраждалого населення, що породжує низку біоетичних проблем.

Населення, що мешкає на радіоактивно забруднених територіях становить особливу групу ризику щодо передчасної втрати здоров'я. Сьогодні наслідки радіаційного впливу вивчати на виділеній категорії населення вже недостатньо, треба вивчати на рівні родини. Як показали дослідження, у родинах, що проживають на «забруднених» територіях, жінки відчувають страх перед народженням нової дитини, незалежно від того, спостерігаються чи ні в першій дитині ознаки спадкових патологічних змін. Репродуктивна функція родини складається не тільки в забезпеченні біологічного відтворення суспільства, але і в задоволенні потреби людини в дітях. Серед умов (на думку опитаних), що перешкоджають збільшенню кількості дітей у родині, найбільший внесок належить соціально-екологічному фактору (загальне погіршення екологічного стану, пов'язане з радіаційним забрудненням, ймовірний негативний вплив радіації на нащадків). Внесок соціально-побутового фактора (погані відносини у родині, велика зайнятість на роботі, кар'єра) у загальну дисперсію найменший. Серед умов, що сприяють збільшенню кількості дітей, перше місце займають соціально-економічні гарантії (можливість добре заробляти, впевненість у забезпеченні роботою в майбутньому, впевненість у завтрашньому дні). Основний внесок у дисперсію кумулятивного показника здоров'я незалежно від статі опитаних внесла психоемоційна складова, що характеризує стан тривожності, нервової напруги і страху. При цьому слід зазначити, що внесок у дисперсію цієї складової здоров'я у жінок «забруднених» територій порівняно з жінками «умовно чистих» територій, має вірогідно більше значення. Для корекції психоемоційних порушень, які негативно впливають на репродуктивну поведінку, важливий комплексний підхід, що включає як етичні так і медико-психологічні аспекти реабілітації. В умовах, що створилися, сімейна політика, основними заходами якої є матеріальні пільги і фінансова підтримка, спрямована на виживання родин з дітьми. Для досягнення високої ефективності соціально-демографічної

політики поряд зі створенням умов для самозабезпечення родини, необхідно приймати заходи щодо попередження психоемоційних порушень і надання психологічної підтримки родинам, що вимушені мешкати на забрудненої після Чорнобильської аварії території. Впевненість у завтрашньому дні, стабільно розвиваюча економіка, достовірна інформація і оцінка генетичних наслідків радіаційного впливу буде сприяти зміні показників репродуктивних установок у населення «забруднених» територій у бік збільшення кількості дітей в родині, а значить і зміні тенденцій народжуваності в Україні.

Р4/4 ПИТАННЯ БІОЕТИКИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ТЕРИТОРІЙ, ТРАНСПОРТНОЇ МЕРЕЖІ, ЗАБУДОВІ ТА ЕКСПЛУАТАЦІЇ ЖИТЛОВИХ І ГРОМАДСЬКИХ БУДІВЕЛЬ ТА СПОРУД

О.В.Прокопенко¹, Н.О.Прокопенко²

¹ Міністерство регіонального розвитку та будівництва України;

² ДУ «Інститут геронтології НАМН України», Київ, Україна

Згідно з Конституцією України, основним законом, який виходить із гуманістичних та правових засад, людина, її життя і здоров'я, честь, гідність, недоторканість і безпека визнаються у державі найвищою соціальною цінністю. Відповідно до статті 49 та 50 у Конституції «державою забезпечується санітарно-епідемічне благополуччя», «кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди». Саме на забезпечення конституційних гарантій спрямована концепція екологічної політики. Забезпечення здорового середовища – основний і, вочевидь, єдино можливий шлях підтримки балансу між інтересами господарської діяльності і забезпеченням екологічної безпеки населення.

Забруднення середовища обумовлює як збільшення безпосередніх витрат на обладнання житлових квартир, так і шкоду здоров'ю населення. Існує достовірний зв'язок між ступенем забруднення території населених місць і рівнем захворюваності. Тому з позицій біоетики людина при виборі місця свого проживання повинна мати доступ до інформації щодо стану довкілля, ступеню реального забруднення та ризику його для здоров'я. Оцінка екологічної обстановки дозволяє скорегувати місце свого проживання. Це можливо тільки при наявності містобудівного кадастру населених пунктів і єдиної цілісної системи законодавства у сфері

містобудування. Містобудівна документація повинна включати дані про належність території до певних функціональних зон, їх сучасне та перспективне призначення, екологічну, інженерно-геологічну ситуацію, стан забудови та інженерного забезпечення, характеристики будинків і споруд. Загрозливе забруднення території населених місць призводить до необхідності все більш детального врахування екологічних факторів у сфері містобудування.

Актуальним залишається питання створення промислових зон та міських територій з врахуванням дотримання екологічних та санітарних норм при проектуванні поселень, промислових територій та транспортної мережі, а також питання щодо співвідношення між процесами урбанізації та природою, впровадження систем керування процесами урбанізації архітектурно-планувальними методами та правилами розподілу територій в межах областей за відповідними нормами проектування територій. Реалізація екологічних вимог до містобудівного розвитку передбачає наступні напрямки: ліквідацію зон екологічного ризику; санацію і реабілітацію територій, які піддаються сильному техногенному навантаженню; ліквідацію зон шумового дискомфорту на території житлової і громадської забудови, зон загазованості примігстральних територій; створення сприятливих мікрокліматичних умов на територіях житлової і громадської забудови. Такі заходи щодо містобудування з визначеною морально-етичною позицією дозволяють забезпечити належні умови життєдіяльності населення.

P4/5 АЛЬГАЛИЗАЦИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕГРАДИРОВАННЫХ ПОЧВ

**К.П.Бульмага, П.А.Обух, В.М.Могылдя,
Е.С.Кухарук, В.И.Стратулат**
*Институт Экологии и Географии АН РМ,
Кишинэу, Республика Молдова*

Новые биотехнологии в сельском хозяйстве, которые могут способствовать восстановлению деградированных почв и являются основой для получения экологически чистой продукции – актуальны в наше время.

Экологическое состояние и плодородие почв в Республике Молдова вызывает серьезные опасения: интенсивные эрозионные процессы, деградация экосистемы, снижение урожайности сельскохозяйственных культур, аридизация и опустынивание,

загрязнение (биологическое, химическое, радиоактивное) заставляют искать новые методы устранения вышеперечисленных отрицательных явлений. Проблемы восстановления эродированных почв актуальны не только в Молдове, Украине, но и в других странах.

Одним из таких методов является альгализация почв. Сущность данного метода заключается в использовании для интенсификации процессов почвообразования, повышения плодородия почв культур микроводорослей. Альгализацию можно проводить разными путями:

- интенсификация роста и развития определёнными способами автохтонной альгофлоры;
- внесение суспензий искусственно выращенных разных видов микроводорослей (преимущественно азотфиксирующих) и др.

В результате опытов с культурами азотфиксирующих синезелёных водорослей, было установлено, что большинство синезелёных водорослей (как гетероцистные так и безгетероцистные) способны усваивать свободный азот атмосферы.

Определение щелочей в слоевище и слизистой капсуле *Nostoc commune* показало, что эта водоросль содержит больше калия, чем натрия. По количеству содержащихся в них катионов щелочей, водоросли мало отличаются от большинства растений. В процессе жизнедеятельности водоросли оказывают влияние на реакцию почвенного раствора. В результате разложения отмерших водорослей, а также прижизненных выделений в условиях анаэробного разложения могут образовываться органические вещества основного характера.

Почва в нашей республике – основной природный ресурс. Однако, количество эродированных земель в постприватизационный период увеличилось. Вот почему необходимо восстанавливать плодородие эродированных почв, предотвращать деградацию почвенного покрова, сохранять почвы как незаменимый компонент биосферы. Совершенствование технологии альгализации (азотфиксирующие водоросли) почв, с учётом их свойств и возделываемых культур, будет способствовать приостановлению эрозионных процессов, а также обогатит почвы азотом. Этот способ даст возможность получения стабильных урожаев сельскохозяйственной продукции без внесения азотных удобрений, улучшения благосостояния, сокращения человеческих и материальных ресурсов на восстановление эродированных почв.

P4/6 БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НИЗЬКИХ ДОЗ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ

І.В.Губар

*ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»,
Київ, Україна*

Хронічний вплив важких металів на організм людини в умовах виробництва та навколишнього середовища, приводячи в кінцевому рахунку до інтоксикації, як правило, супроводжується змінами в серцево-судинній системі (ССС). Відомо, що важкі метали можуть викликати токсичні ефекти при відносно низьких рівнях дії, які раніше вважалися безпечними. Актуальним залишається питання вікових особливостей реагування організму на вплив токсичних чинників.

Сучасна медична наука не завжди може відмовитись від використання лабораторних тварин при вивченні закономірностей процесів, що відбуваються в живому організмі. При плануванні та проведенні даного дослідження ми враховували вимоги біоетики щодо гуманного ставлення до експериментальних тварин шляхом створення комфортних умов їх утримання та проведення експериментальних досліджень на сучасному рівні з дотриманням правових та етичних норм. Вивчення вікових особливостей вазотоксичної дії низьких доз сполук свинцю, ртуті та марганцю проводились на апаратно-програмному реографічному комплексі DX-NT Regina-2002, призначеному для неінвазивних досліджень центрального і периферичного кровообігу методом біполярної реовазографії. В основі методу лежить принцип реєстрації зміни електричного опору тканин при зміні їх кровонаповнення на ділянці тіла, що вивчається.

В експерименті використані білі щурі лінії Вістар двох вікових груп (3-3,5 та 22-23 місяці), яким щодня в черевну порожнину вводили розчини ацетату свинцю, хлориду ртуті (II) та хлориду марганцю (II) в дозі 1/50 LD₅₀. Контрольні тварини отримували ін'єкції фізіологічного розчину. Після закінчення чергового терміну (50 та 70 тижнів) проводилась реєстрація показників гемодинаміки.

Аналіз динаміки реографічних показників дозволив дійти висновку про те, що солі свинцю, ртуті та марганцю чинять диференційований і різноспрямований токсичний вплив на швидкість кровонаповнення, тонус та периферичний опір судин. Переважно солі важких металів впливають на показники судинного

тону, дещо менше – на швидкісні показники кровотоку; з віком зростає негативний ефект впливу важких металів на ССС експериментальних тварин. Щурі більш молодого віку схильні відповідати гіпотонічними реакціями на надходження солей марганцю та ртуті, тоді як старі тварини менше реагують на зазначений вплив. Слід також зазначити, що зміна тону судин у старих щурів (переважно у вигляді реакції ангіоспазму) настає швидше і більш виражена при введенні солі свинцю.

Отримані результати можуть бути використані для уточнення механізму кардіовазотоксичної дії важких металів на організм людини. Перевагами використаного нами методу є його повна атравматичність, нешкідливість проведення досліджень, висока оперативність та інформативність.

P4/7 БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМУНОТОКСИЧНОЇ ДІЇ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

Н.М.Дмитруха

*ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»,
Київ, Україна*

Важкі метали відносяться до речовин, які навіть у малих концентраціях, викликають порушення імунного статусу. Визначення механізмів їх імунотоксичної дії є важливою задачею профілактичної токсикології. Для цього поряд з класичними експериментами на тваринах проводяться дослідження із залученням альтернативних методів і тест-систем *in vitro*.

Метою роботи було визначення токсичної дії сполук важких металів (ацетат свинцю, сульфат кадмію і хлорид марганцю) відносно імунотоксичності клітин в умовах *in vitro*. Для досліджень використовували периферичну кров 6 інтактних щурів Вістар масою 190-220 г. Кров забирали на гепарин (10 МО/мл) під час декапітації під легким ефірним наркозом. В дослідних пробах до 1 мл крові додавали 1 мл розчину солі металу в концентраціях 10⁻³ – 10⁻⁹ (моль/л). В контрольній пробі додавали 0.9% розчин NaCl, pH 7.2. Проби інкубували 30 хв. у термостаті при 37°C. Визначали фагоцитарну активність нейтрофілів, яка забезпечує неспецифічну резистентність; проліферативну активність (спонтанну та відповідь на міогени ФГА, Кона та ЛПС) лімфоцитів крові – учасників клітинної імунної відповіді. Для з'ясування впливу металів на гуморальний імунітет були використані плазматичні гібридомні клітини мієломи мишей Sp2/0, які здатні продукувати моноклональні антитіла. Кількість антитіл та утворення ними імунних комплексів визначали

імуноферментним методом.

Встановлено, що інкубація клітин периферичної крові щурів з розчинами солей металів в умовах *in vitro* у великих концентраціях (10^{-3} та 10^{-5} (моль/л) викликала зниження фагоцитарної функції нейтрофілів, проліферативної здатності лімфоцитів у відповідь на мітогени, пригнічення метаболічних процесів у цих клітинах. Низькі концентрації солей металів (10^{-7} і 10^{-9} (моль/л) навпаки чинили стимулюючий ефект. Ацетат свинцю майже у всіх концентраціях підвищував проліферацію плазмоцитів мишей, дещо знижував синтез ними антитіл та утворення імунних комплексів. Кадмій у заданому діапазоні чинив виразний супресивний ефект, знижував життєздатність плазмоцитів, утворення антитіл та імунних комплексів. Великі концентрації хлориду марганцю також чинили пригнічуючий ефект, тоді як низькі – стимулювали функціональну активність плазмоцитів. Отримані дані дозволяють констатувати, що найбільш токсичним для імунокомпетентних клітин виявився кадмій, тоді як свинець і марганець в низьких концентраціях проявляли імуностимулюючу дію. Порівняння результатів *in vitro* досліджень з даними в експериментах *in vivo* показало їх високу відповідність.

Отже, проведення досліджень на імунокомпетентних клітинах в умовах *in vitro* дозволяє оцінити ступінь токсичності важких металів, визначити механізми їх імуноотоксичної дії, при цьому суттєво скоротити термін та кількість тварин в експерименті, що є актуальним з позиції біоетики.

P4/8 ЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ

Л.Н.Лукина, В.В.Кулагин, К.К.Горбачева

Научно-исследовательский центр
«Государственной океанариум», Севастополь,
Украина

Несмотря на широкое распространение метода дельфинотерапии, этические вопросы использования дельфинов для восстановления здоровья людей сегодня не рассматриваются. В Биле о правах человека принята презумпция главенствования сохранения личности человека, поэтому любой способ положительного воздействия на здоровье людей должен быть использован как можно шире. Надуманная проблема сохранения популяции дельфинов через запрет процедур дельфинотерапии на самом деле лежит в плоскости профессиональной природоохранной деятельности и разумного природопользования.

Дополнительные трудности связаны с отсутствием единого методологического подхода к проблеме дельфинотерапии и методик проведения процедур. Кроме того, не соблюдение международных норм по организации отлова и содержания дельфинов в условиях неволи, специальной подготовки их к общению с больными людьми, а также отсутствием школы специалистов для дельфинотерапии дают основание для критики направления в целом. Для решения морально-этических аспектов этой проблемы необходим фундаментальный и централизованный подход.

Научно-исследовательский центр «Государственный океанариум» г. Севастополя, на базе которого 44 года изучают морских млекопитающих, накопил базу данных об особенностях биологии и технологии эффективного содержания и воспроизводства в условиях неволи черноморских дельфинов афалин. С 1993 года успешно развивается программа под условным названием «Дельфинотерапия». Дельфины, которые многие годы живут в океанариуме, помогают людям, особенно детям, борются с болезнями. В ходе выполнения госбюджетных научно-исследовательских работ обосновано использование дельфина для проведения процедур дельфинотерапии, разработаны методики отбора, подготовки и проведения занятий с пациентами разного возраста. Анализ результатов процедур дельфинотерапии более 3000 больных психоневрологического профиля показал высокую эффективность системы реабилитации людей с участием дельфинов, преимущественно с выраженной психогенной составляющей в патогенезе.

Оставаясь на позициях защиты дельфинов, содержащихся в условиях неволи, следует отметить положительный факт использования их для лечения и реабилитации людей, страдающих психоневрологическими симптомами заболеваний. Опасение вызывает самостоятельность структур, имеющих дельфинов и пытающихся заниматься дельфинотерапией, не имея на это разрешающих документов, специалистов и при отсутствии научно разработанных методик, подтверждающих эффективность воздействия на организм больного человека.

Таким образом, проблема привлечения черноморских дельфинов афалин для лечения и реабилитации людей помимо научно-исследовательского имеет ярко проявленный морально-этический аспект. На чашу весов с одной стороны поставлено гуманное отношение к дельфинам, а с другой стороны – возможность психо-социальной адаптации и фи-

зической реабилитации людей с различными отклонениями в состоянии здоровья.

P4/9 ПРИЮТЫ ДЛЯ ЖИВОТНЫХ КАК ПРИМЕР ПРАКТИЧЕСКОЙ БИОЭТИКИ

Т.С.Дюбка¹, О.Б.Бондаренко²

¹Харьковский благотворительный приют для животных «Дружок»;

²Харьковское областное общество защиты животных, Харьков, Украина

Самыми беззащитными существами, среди животного мира испокон веков были бездомные животные. Их безжалостно убивали при царском режиме, при советской власти и, к сожалению, в наше время, когда понятие биоэтики получило широкое распространение.

Большим прорывом в деле защиты животных стал Закон Украины «О защите животных от жестокого обращения», принятый в 2006 г. Казалось бы, зоозащитные организации получили реальную возможность начать эффективную практическую работу. В биоэтическом аспекте – это большой шаг вперед. Однако произошло вполне предсказуемое: кроме закона на бумаге, ничего сделано не было. На сегодняшний день для защиты бездомных существ вроде бы есть все: и закон и наука биоэтика, но хочется задать вопрос, а слало ли легче от этого бездомным собакам и кошкам?

Непродуманные, поспешные действия властей в попытке быстро решить проблему, в особенности в преддверии чемпионата Евро – 2012 привели к тому, что за последнее время участились случаи самосуда, массовые отравления животных прямо на улицах. Это происходит на глазах у детей. Особую тревогу вызывает нежелание городских властей выделять средства для строительства приютов для бездомных животных. Во всех странах Европы и Америки решение проблемы с бездомными животными решалось только с образованием гуманных приютов. Огромным пробелом на Украине является отсутствие препаратов для обездвиживания животных на расстоянии. Еще трагичнее выглядит факт отсутствия препаратов для их гуманной эвтаназии.

В настоящее время в Харькове проводится акция по массовой стерилизации животных, но только одной акцией проблему не решить. Если представить статистические данные, то только в г. Харькове более 50 тысяч бездомных собак. В менее крупных городах эта цифра колеблется от 5 до 10 тысяч. А теперь представьте, сколько таких городов по всей Украине. Бездомных существ миллионы, и их живые

души на нашей с вами совести. В масштабах страны это большая трагедия и в сложившейся ситуации именно биоэтика должна быть ключевым звеном в гуманном ее решении.

Биоэтика с каждым годом утверждается, набирает силу и находит понимание во всех высших учебных заведениях. Она должна стать главной движущей силой в решении всех вопросов, которые прямо или косвенно касаются бездомных животных. При этом акцент необходимо делать на формировании общественного сознания, ориентированного на этическое отношение к животным.

P4/10 ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА ДЛЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ: КОМПЛЕКСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

С.В.Гозак, Т.В.Станкевич, Н.О.Кучма

ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім.
О.М.Марзєєва НАМН України»,
Київ, Україна

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу.

Упровадження інклюзивної освіти в Україні передбачає соціальну адаптацію та інтеграцію в суспільство дітей з особливостями психофізичного розвитку шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах. Наказом Міністерства освіти і науки України від 11.09.2009р. № 855 затверджено план дій із впровадження інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах на 2009-2012 рр. з метою реалізації державної політики забезпечення права дітей з особливими потребами на здобуття якісної освіти. На засадах освітнього експерименту декілька шкіл вже впровадили інклюзивне навчання, створюються нові навчальні програми, напрацьовується методична база, правове забезпечення. Отже, після введення в дію розпорядчих документів, що регламентуватимуть організацію інклюзивного навчання, директори шкіл будуть фактично змушені приймати до загальноосвітніх шкіл дітей з особливими потребами.

Але, діти з обмеженими можливостями мають право також на спеціальну освіту. Необхідно пам'ятати, що інклюзивне навчання не є в повній мірі альтернативою спеціальної освіти. Основним завданням спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) є забезпечення здобуття учнями певного рівня освіти шляхом спеціально ор-

ганізованого навчально-виховного процесу в комплексі з корекційно-розвитковою роботою та медичною реабілітацією. А в загальноосвітніх школах, як свідчать наші дослідження, часом немає відповідних умов навчання. Так, майданчик для молодших школярів є лише у 36,4 % шкіл, приміщення для груп продовженого дня – у 10,6 %, їдальні або буфетні – у 77,9 %, спортивний зал – у 67,7 %. Лише чверть освітніх закладів у повному обсязі забезпечена медичними приміщеннями, лікарі-педіатри відсутні у 35,7 % шкіл, середні медичні працівники – у 15,2 %. Адаже наші дослідження свідчать про вплив умов та організації навчального процесу, фізичного виховання, медичного забезпечення на функціональний стан організму дітей з особливими потребами ($p \leq 0,001$).

Тому, вважаємо, що з позицій біоетики впровадження інклюзивної освіти має бути виважено поступовим, зі створенням відповідного освітнього середовища, кадровим та методичним забезпеченням, з вирішенням питання організації комплексної реабілітації дітей. Усебічне вирішення цього складного питання потребує наукового медичного, психологічного супроводу, тривалого моніторингу адаптації учнів до змін освітнього середовища, широкої просвітницької діяльності у суспільстві з щирим усвідомленням відповідальності за здоров'я дітей.

P4/11 ДЕЯКІ БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРИ ВИРОБНИЦТВІ АЗБЕСТОВМІСНИХ ВИРОБІВ

Н.К.П'ятниця-Горпинченко

*ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»
Київ, Україна*

В Україні виробництво азбестовмісних виробів представлено переважно шифером, азбестоцементними трубами, гальмівними накладками та накладками зціплення. Цей сегмент ринку будівельних матеріалів займає досить велике місце, на сьогодні нараховується більше 10 підприємств, де використовується хризотилевий азбест.

Почнемо, на нашу думку з найголовнішого, а саме: в Україні відсутні правові засади, які б забезпечували підґрунтя для контролюваного використання хризотилового азбесту. Йдеться, насамперед, про Конвенцію з охорони праці при використанні азбесту № 162 (далі Конвенція) та Рекомендації з охорони праці при використанні азбесту № 172, що розроблені Міжнародною Організацією Праці. Ці регуляторні документи охоплюють всі види

професійної діяльності, які пов'язані з впливом азбесту на робітників та визначають низку профілактичних заходів для попередження потенційно несприятливо впливу азбесту. Необхідно наголосити, що Конвенція з часу свого існування ратифікована 27 країнами, серед яких такі економічно розвинуті країни, як Бельгія, Канада, Фінляндія, Германія, Нідерланди та інші.

Отже, біоетичні проблеми використання хризотилового азбесту характеризуються, насамперед, відсутністю правового забезпечення для виробництва азбестовмісних виробів. Провідне місце серед яких займає уніфікація гігієнічних методів оцінки забруднення повітря виробничих приміщень, вкрай необхідна для проведення превентивних заходів. Наприклад, в зарубіжній методології оцінки стану повітряного середовища розрізняють так званий «рівень забруднення, який потребує прийняття заходів», який у різних країнах дещо відрізняється (наприклад, одна друга або одна п'ята від норми допустимого шкідливого впливу). Загальновідомо, що для отримання даних щодо зв'язку умов праці і станом здоров'я робітників, ступінь шкідливого впливу повинна бути охарактеризована максимально точно. Тобто, для об'єктивної оцінки фактичного забруднення повітря промислових приміщень необхідно дотримуватися чітко визначеної стратегії відбору та дослідження проб повітря.

Серед деяких інших біоетичних аспектів проблеми використання хризотилового азбесту можна визначити наступні: нормування азбестовмісного пилу в повітрі робочої зони (перш за все, за респірабельною фракцією), визначення основних фізико-хімічних параметрів азбестовмісного пилу, які обумовлюють його біоперсистенцію, пошук адекватних способів перерахунку концентрації респірабельних часток пилу в показники за загальною масою пилу, екстраполяція високих рівнів впливу до низьких, визначення порогів впливу для різних нозологічних форм захворювань (азбестозу, раку легень).

Окремим завданням біоетики є вдосконалення методології оцінки потенційного канцерогенного ризику працюючих в даному виробництві, використання доступних скрінінгових методів оцінки ймовірності виникнення злоякісних новоутворень у працюючих, використання генетичних маркерів (ДНК-діагностика та ін.). Таким чином, ключові питання біоетики при виробництві азбестовмісних виробів мають першочергове значення для правового та соціального забезпечення працюючих, створення прийнятних умов праці та належної відповідальності з боку роботодавців.

ЕТИКА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

S5.1/1 БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

П.Ф.Музыченко, В.Г.Коляденко

*Национальный медицинский университет им.
О.О.Богомольца,
Киев, Украина*

Биоэтика это междисциплинарное знание, под которым понимается критический анализ действий человека в биологии и медицине в свете нравственных ценностей и принципов. С самого начала своего существования биоэтика имела оттенок «катастрофизма», указывающего на опасность разрушения всей экосистемы в условиях разрыва между гуманитарным и естественнонаучным знанием.

Особенностью этического регулирования в медицине является добровольное соблюдение профессионалами следующих принципов биоэтики:

не навреди; – делай добро; – принцип уважения автономии личности;
принцип справедливости.

Последний принцип – принцип справедливости реализуется в системах здравоохранения в виде разнообразных моделей управления и финансирования.

Исходя из того, что медицина представляет собой финансово весьма привлекательную сферу деятельности, трудно рассчитывать на то, что энтузиазм отдельных ученых и просто неравнодушных льдей серьезно повлияет на тенденцию дегуманизации здравоохранения. Когда на современных медицинских форумах поднимаются вопросы, касающиеся медицинской этики, кто-нибудь обязательно задает вопрос: «Если общество политически и экономически нездорово, коррумпировано и далеко от соблюдения этических норм, то как можно ожидать, что врачи будут другими?» И до тех пор, пока духовность самого врача не поднимется настолько, что он сможет стать полноценным наставником и другом для сво-

его пациента, эффект от его лечения будет относительным, а общество в целом так и останется больным.

Резюме – лечить необходимо больного, а не болезнь.

Однако наряду с обыденными проблемами, возникают иные, ввергающие общество в серьезные дебаты и они связаны с постоянным совершенствованием знаний в области молекулярной биологии, биохимии, генетики с ее возрастающими возможностями манипулирования человеческой наследственностью, генной терапии, клонирования человека, исследования на человеческих эмбрионах.

Первоначальная цель биоэтики – изыскать пути защиты прав человека от биотехнологий – претерпела значительные изменения – традиционный патернализм был отвергнут. Сейчас – это по сути философия взаимоотношений между Природой и Человеком.

S5.1/2 БИОЭТИКА КАК ОСНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

**Н.Л.Аряев, Ю.В.Десятская,
Н.Ю.Горностаева, И.М.Шевченко,
Л.И.Дмитриева**

*Одесский государственный медицинский
университет,
Одесса, Украина.*

Этическая проблематика с ее основным вопросом – об отношении между врачом и пациентом – неотделима от любого вида врачебной деятельности. Со времен Гиппократова общепризнанным и бесспорным было суждение о том, что нравственная культура врача – это не просто заслуживающее уважения свойство его личности, но и качество, определяющее его профессионализм.

Профессионализм – отличительный признак специалиста, в известном смысле отделяющий его от остальных людей. Понятие «профессионализм» фиксирует не только род деятельности, но, и определяет меру овладе-

ния человеком специальных знаний и практических навыков, приобретенных в результате специальной подготовки или опыта работы, а также качество, знаний, относящихся именно к этой профессии, связанных именно с ней и именно ей свойственных.

Цель медицинского знания и медицинской деятельности человека – спасение жизни, помощь в достижении здоровья. Среди оснований формирования профессии, определяющим является не только экономическое, познавательное, но и моральное действие на благо страдающего человека.

Возможность причинения вреда человеку является основанием моральной аксиомы любой медицинской деятельности – «не причиняй вреда». Сегодня медицина обладает небывалым ранее в ее распоряжении арсеналом средств, которые могут быть использованы как во благо, так и во вред не только конкретному человеку, но и всему человеческому роду как на биологическом, так и на социальном уровнях. Новые возможности медицины связаны сегодня не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью. Врач располагает средствами, с помощью которых осуществляется значительный контроль над деторождаемостью, жизнью и смертью, человеческим поведением, т. е. способен влиять на демографию и экономику, право и мораль. Для современного профессионала важна констатация того факта, что его деятельность должна включать в себя компоненты научной компетентности и добродетели.

Таким образом, сформировать и раскрыть профессионализм в медицинской специальности, формирующийся по моральным основаниям, имеющий моральное значение и наполнен глубочайшим моральным смыслом, призвана такая гуманитарная составляющая медицинского знания, как биоэтика, так как именно она определяет интеллектуальное пространство для диалога между различными точками зрения и подходами к решению непростых морально-этических ситуаций в медицинской практике.

S5.1/3 **БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ** **ЭЛЕКТРОСВАРКИ ОРГАНОВ** **И ТКАНЕЙ В ХИРУРГИИ**

М.П. Захараш

*Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца
Киев, Украина*

Медицина – важнейшая отрасль естественных наук, отрасль знаний, где биоэтические принципы касаются важнейшего

приоритета человеческого бытия – здоровья и жизни человека.

И хотя медицина – одна из наиболее консервативных отраслей науки, бурный технологический прогресс в XX-XXI вв. безусловно способствовал интенсивному развитию и хирургической науки и практики. Разработка и широкое внедрение электрохирургии, рентгенэндоваскулярных, лапароскопических и других технологий осуществили революционный переворот в хирургии. Бурное развитие миниинвазивных технологий способствовало существенному улучшению непосредственных (послеоперационные осложнения и летальность), отдаленных функциональных результатов и качества жизни оперированных больных.

Одной из важных составляющих любого хирургического вмешательства, существенно влияющих на указанные критерии, является соединение органов и тканей, подвергающихся хирургическому вмешательству. Этот этап операции зачастую определяет ее исход. Именно это и явилось причиной разработки самых современных шовных материалов, клеевых композиций, линейных и циркулярных степплеров и других технических решений. Однако каждому из известных методов соединения тканей присущи ряд важных недостатков – наличие инородного тела в ране, ее инфицирование, развитие рубцовых стенозов и стриктур и др.

Поэтому разработка коллективом Института электросварки имени Е.О. Патона НАН Украины во главе с его директором академиком Патоном Б.Е. методики электросварки биологических органов и тканей стало новым этапом развития современной хирургии. Методика получила всеобщее признание. На ее применение в клинической практике получено разрешения FDA (США), в CE Mark (Европейский союз). На сегодня методика используется не только более чем в 50 клиниках Украины, где с ее использованием успешно выполнено свыше 50 тыс. хирургических вмешательств, но и в Российской Федерации, Белоруссии, США и других странах мира.

Разработка и применение электросваривающих технологий – несомненный успех содружества инженерной мысли и хирургической науки и практики. Их применение имеет ряд важных приоритетов и преимуществ перед известными методами соединения тканей. Среди них – прежде всего малая травматичность, возможность рассечения и соединения любых мягких тканей, сохранение жизнеспособности тканей в зоне действия электрического тока, возможность заварива-

ния сосудов любого диаметра, т.е. надежность гемостаза, отсутствие угрозы инфильтрации операционной раны, существенное сокращение длительности выполнения хирургического вмешательства (в 1,5-2 и более раз), радикализм и абластичность операции, что крайне важно для онкологической практики, анальгезирующий эффект, что существенно уменьшает потребность в наркотических и обезболивающих препаратах, экономический эффект и другие.

История разработки и внедрения электросваривающих технологий насчитывает около 20 лет, в т.ч. экспериментального ее этапа – более 10 лет. И на всех этапах ее развития биоэтические аспекты проблемы были главенствующими. Ее авторы и разработчики, коллективы хирургических клиник этап за этапом совершенствовали методику, достигая ее максимальной безопасности и надежности.

Благодаря деполимеризации волокон коллагена, образованию соединений между коллагеновыми, мышечными волокнами и мембранами разрушенных клеток, и участию межклеточного и внутриклеточного белка происходит соединение тканей. Сохранение части волокон коллагена в зоне электросварки – основа морфологической надежности электросваривающего соединения.

И на сегодня основные проблемные вопросы электросварки органов и тканей решены или находятся на стадии, близкой к завершению. Важнейшей задачей разработчики и клиницисты считали решение проблемы надежности соединения различных органов и тканей, имеющих совершенно различные параметры электрической сопротивляемости (сосуды, паренхиматозные органы, легкие, кишечник и др.). Именно разработка автоматических адаптивных программ в зависимости от вида свариваемых тканей является основой алгоритма работы такой аппаратуры.

Важным биоэтическим аспектом проблемы электросварки тканей является возможность ее применения при необходимости срочного оказания хирургической помощи большому количеству пострадавших в максимально короткие сроки в условиях очагов боевых конфликтов, террористических актов, природных катастроф, аварий на угольных шахтах, многочисленных транспортных катастроф с травматическим повреждением большого количества людей. Фактор сроков оказания помощи таким больным с кровотечениями, повреждением сосудов, мягких тканей конечностей, грудной клетки и ее органов, головы и др. при применении электросварки во много

раз выше, чем при применении традиционных методик. И создание в МО Украины такой мобильной операционной на самолете, ее использование в различных ситуациях доказало несомненные и неоспоримые ее преимущества. Таким образом, широкое внедрение электросварочных технологий в современную хирургию может существенно изменить стратегию организации неотложной хирургической помощи при массовом поражении населения.

Отдельно следует остановиться на чрезвычайной важности и приоритетности использования электросваривающих технологий в онкологии, где абластичность (предупреждение распространения раковых клеток по кровеносным и лимфатическим сосудам) имеет особую медицинскую и этическую значимость. Кроме того, чрезвычайно важное значение имеет уменьшение травматичности таких вмешательств, кровопотери, сокращения длительности хирургического вмешательства. И это касается опухолей различной локализации – желудка, кишечника, печени и желчных путей, легких, грудной железы и др. Особенно наглядно и демонстративно эти преимущества проявляются при выполнении операции мастэктомии. Опыт выполнения таких операций в Донецком онкологическом центре, ряде онкологических стационаров Украины свидетельствует о том, что длительность выполнения таких операций сокращается в 2.5-3 раза, кровопотеря является минимальной (операция «на сухом операционном поле»), сроки лимфореи уменьшаются до 5-7 дней. Не было зарегистрировано случаев кровотечений, нагноения и краевых некрозов операционной раны. Благоприятными являются и отдаленные результаты таких операций.

Максимальное сохранение поврежденных органов и тканей у больных, пострадавших при авто-, авиа- и других катастрофах, является важнейшей медицинской и биоэтической проблемой. Опыт применения электросваривающих технологий в Центре политравмы, базирующемся в ГKB №17 г.Киева, и в других клиниках Украины свидетельствует о возможности в большинстве случаев сохранения поврежденной селезенки за счет удаления лишь раздробленных ее тканей и заваривания краев ее раны. Аналогична ситуация с травмами печени.

Отдельно считаем необходимым остановиться на преимуществах использования электросварки в гинекологии. Биоэтические принципы ее использования в этом разделе хирургии являются разноплановыми. В онкогинекологии – это прежде всего абластичность операции, минимизация кровопотери, сокра-

щение срока выполнения операции и др. Особую значимость приобретают биоэтические принципы при оказании хирургической помощи женщинам с бесплодием, нередко являющимся причиной массивных спаечных сращений между органами малого таза, при внематочной беременности, когда возникает возможность отказа от удаления маточных труб, за счет заваривания разрыва трубы и ее сохранения. Подаренная таким женщинам радость материнства высшее проявление биоэтики в медицине.

Перспективным направлением использования электросварочных технологий является хирургическая оториноларингология, начиная от операции тонзилэктомии, пластики носовой перегородки и завершая пластическим закрытием больших дефектов гортани и глотки при распространенном раке гортани с использованием местных тканей, Филатовских стеблей, кожных лоскутов, что на 1 мес. и более сокращает время пребывания больного в стационаре, улучшает качество жизни таких пациентов. При выполнении операции хордэктомии (удаление голосовой связки) создание искусственной голосовой связки позволяет сохранить голос пациента, т.е. возвращается способность полноценного общения больного с его окружением, что является яркой демонстрацией этических принципов в медицине.

На повестке дня все увереннее выходит проблема применения электросварки в офтальмологии (от шва конъюнктивы до энуклеации глаза).

Биоэтика призвана гармонизировать отношения науки и человека, учитывать ее достоинства и уникальность, предупреждать ошибки, противодействовать технологическому злоупотреблению.

Одним из важных задач современной биоэтики – искусство предвидения и предупреждения нежелательных последствий, обусловленных внедрением и реализацией научных разработок. На всех этапах развития электросварки мягких тканей этот принцип остается незыблемым и обязательным. Так, к примеру, для абдоминальной хирургии крайне важно было бы решение проблемы восстановления непрерывности кишечника за счет формирования электросваривающих циркулярных зажимов – степплеров кишечных анастомозов. Сотрудниками Института электросварки им. Е.О.Патона НАН Украины такой степплер создан и довольно успешно используется в экспериментальных условиях. Однако даже единичные случаи частичной ненадежности таких анастомозов являются основанием к временному отказу от клинического применения

методики, ибо чревато серьезными последствиями. Такой принцип работы, сотрудничества инженеров и хирургов, разрабатывающих эту важную научную тему.

Биоэтика – это не мораторий на науку, а единство знаний, человеческих ценностей и морали. Уровень ее развития в любой стране в значительной степени отражает уровень морали общества. Развитие электросваривающей хирургии в Украине – одна из важнейших составляющих этого сложного, но так важного для человечества процесса.

S5.1/4 ПЕРСОНАЛІСТИЧНА БІОЕТИКА ЯК ФУНДАМЕНТ ВИХОВАННЯ І ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Л.О.Баран, О.В.Вознюк

*Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
Львів, Україна*

Біоетику, як одну з етичних наук, можна розглядати як систему поглядів, уявлень, норм та оцінок, які регулюють поведінку людей з позиції збереження життя. Біоетика досліджує і вивчає екологічні, біомедичні та соціально-правові проблеми, які стосуються не лише людини, але й всього сущого на Землі. Основною метою персоналістичної біоетики є збереження життя та здоров'я людини від моменту запліднення до природної смерті, пошана гідності людини-особистості в духовній, душевній та тілесній цілісності.

Одним із головних принципів організації та функціонування системи охорони здоров'я України, проголошених ВООЗ у 1998 році, є її базування на етичних цінностях. Професійна етика виступає як основний елемент даного принципу. Сьогодні, коли Україна стала членом Ради Європи, коли робляться рішучі кроки на шляху до інтеграції з Європейською спільнотою, відкладати на майбутнє впровадження сучасних біоетичних принципів у дослідницьку та лікарську практику неможливо, насамперед тому, що це є однією з найважливіших ознак цивілізованості будь-якої країни.

Актуальність біоетики в нашій країні зокрема та в цілому світі випливає саме з кризи сьогодення, спричиненої частковою втратою моральних цінностей. Медичний працівник повинен бути носієм правди про людину, її гідність та покликання, яке вона має від свого Творця. Медицина – це конкретне служіння, у якому має бути орієнтація на людину, як на мету, за любых обставин.

Фахівці в галузі медицини повинні володіти

відповідним рівнем знань у сфері персоналістичної біоетики, яка є онтологічно-обґрунтованою; мати не лише фахову підготовку, але й відповідний рівень моралі та духовності. Тому потребою сучасності є впровадження основних засад біоетики в систему навчання вищих медичних навчальних закладів, що сприятиме підготовці гуманних та висококваліфікованих фахівців. Тільки поєднання професіоналізму та високих етико-деонтологічних якостей дозволить вчорашньому студенту бути справжнім Лікарем.

Отже, головне завдання в цей складний для нації перехідний період – не розгубити фундаментальні цінності вітчизняної медицини, морально-етичний досвід наших лікарів. Необхідно прикласти максимум зусиль, щоб етичні цінності честі, совісті і обов'язку утвердились, наслідувались і передавались з покоління в покоління медичними працівниками.

S5.1/5 ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО ВРАЧА

**М.Ю.Абросимова, Ю.А.Галлямова,
Б.Д.Менделевич, М.М.Садыков**
*Казанский государственный медицинский
университет, Казань, Россия*

Вопросы этического регулирования занимают значительное место в деятельности детского врача любой специальности. Одним из основных принципов биомедицинской этики является вопрос уважения автономии личности пациента и соблюдения на практике правил: правдивости, информированного согласия и конфиденциальности.

Задачами данного исследования мы ставили: 1) определение уровня информированности по вопросам прав пациента врачей-педиатров амбулаторно-поликлинической сети, детских дерматовенерологов и психиатров; 2) сравнительную оценку соблюдения основных правил биомедицинской этики детскими врачами и матерями, обратившимися за медицинской помощью для своих детей в поликлиники г.Казани.

Методом анонимного анкетирования было опрошено 88 педиатров поликлинической сети, 77 детских дерматологов, 45 детских психиатров и 578 матерей.

Значительная часть врачей оценивают свои знания прав пациента как недостаточные. На это указали 55,7% педиатров, 76,6% дерматологов, 22,7% психиатров. Наиболее информированными среди них по результатам, как самооценки знаний, так и анкетирования, оказались психиатры, наименее – дерматологи.

Предпочтительной моделью взаимоотноше-

ний с родителями больного ребенка участники исследования называют коллегиальную (53,4% педиатров, 61,8% дерматологов, 62,2% психиатров). Среди педиатров, по сравнению с другими группами респондентов, больше тех, кто выбирает патерналистическую модель, среди дерматологов – контрактную. Вместе с тем опрос матерей показал, что 38,4% из них не хотят участвовать в процессе принятия решения в отношении лечения ребенка вследствие полного доверия врачу, его знаниям и опыту или собственной некомпетентности.

Считают необходимым соблюдать правило правдивости во взаимоотношениях с больным ребенком только, соответственно, 23,9%, 16,0% и 40,9% респондентов. Большая же часть педиатров (54,5%) и дерматологов (73,3%) считает, что иногда ребенка можно и обмануть потому, что ему не обязательно знать правду о медицинском вмешательстве, а 36,4% психиатров затруднились при определении своего мнения. Большинство, как врачей, так и матерей считают, что ребенка нужно информировать о различных аспектах медицинского вмешательства соответственно его возрасту и развитию. В то же время среди матерей больше тех, кто ответил отрицательно на данный вопрос. На практике информированное согласие ребенка получают немногим более трети врачей.

Несмотря на то, что, соответственно, 87,5%, 83,1% и 95,5% участников нашего исследования отметили, что они знают о праве больного на сохранение врачебной тайны, вместе с тем, о праве ребенка на неразглашение сведений о его здоровье родителям уже с 15-ти лет знают лишь 39,8% педиатров, 23,4% дерматологов и 80% психиатров. При этом более трети врачей признались, что сами нарушали врачебную тайну, а 49,4% встречались с ее разглашением со стороны коллег. Хотя более детальное изучение данного вопроса показало, что большинство случаев раскрытия конфиденциальной информации было обосновано с этической и юридической сторон, однако встречалось и явное нарушение прав пациента.

S5.1/6 БІОЕТИКА В БІОІНФОРМАЦІОННОЇ МЕДИЦИНІ

Д.Х.Турсунов, Х.З.Турсунов, М.Х.Турсунова
*Ташкентская медицинская академия,
Центр биоинформационной медицины,
Ташкент, Узбекистан*

Медицину и медицинскую науку традиционно делят на западную и восточную.

Западная медицина – это современная

медицина, основам которой можно обучиться в медицинских учебных заведениях и сделать её конкретную область своей профессией. Восточная медицина – это древняя медицина и философия, знания которой передаются по наследству. Ярким примером восточной медицины и философии являются древнекитайская медицина и древнее учение о биоэнергетике. Чтобы раскрыть сущность древней медицины и биоэнергетики необходимо увязать их методы и принципы с последними достижениями научно-технического прогресса, а их нравственные духовные и морально-этические нормы адаптировать к практике современной медицины. В свою очередь объединение методов и принципов древней медицины и биоэнергетики с достижениями современной медицины и информационных технологий и их дальнейшее творческое развитие открывает неограниченные возможности по созданию принципиально новых технологий оздоровления во всех отраслях медицины.

Исходя из этой концепции, авторами впервые начаты исследования по созданию естественно-научных, методологических и инструментальных основ биоинформационной медицины. Биоинформационная медицина – это современная отрасль естествознания, открывающая перед медицинской наукой и практическим здравоохранением новые возможности в выявлении и использовании скрытых резервов человеческого организма для восстановления функций внутренних органов и систем. Она на единой философско-методологической основе объединяет методы западной и восточной медицины и информационные технологии с использованием микропроцессоров последнего поколения для разработки биоинформационных методов и устройств профилактики, диагностики и терапии практически всех известных заболеваний человека.

Биоинформационные методы основаны на использовании закономерностей энергоинформационного обмена внутренних органов и систем между собой и внешней средой и процессов его саморегуляции, что позволяет исследовать состояние здоровья человека системно и резко повышает эффективность диагностики и терапии.

Биоинформационные методы позволяют осуществить дифференциальную диагностику функциональных и патологических изменений внутренних органов и систем, включая и доклиническую диагностику.

Они также определяют реакцию организма на токсические и наркотические вещества, аллергены, трансгенные продукты питания

(побочное действие которых пока ещё до конца не изучено) и радиационное облучение, в том числе и излучения компьютеров, телевизоров, сотовых и радиотелефонов, бытовых электроприборов и т.д.

Уникальной особенностью биоинформационных методов является их возможность определения и эффективного выведения из организма человека токсинов эндогенного и экзогенного происхождения, в том числе тяжёлых металлов и радионуклидов, что делает их незаменимыми в зонах экологической катастрофы. С их помощью можно комплексно анализировать эффективность лечебно-диагностических мероприятий, организовать скрининг обследования населения, наблюдать за динамикой изменения состояния их здоровья, выявлять группу риска, отбирать для лечения наиболее нуждающихся и определить тактику индивидуальной коррекции (терапии) системных и функциональных нарушений, а также осуществить контроль за энергетическим состоянием организма и восстановить баланс энергии.

S5.1/7 **БІОЕТИКА І ПРОБЛЕМИ ОЦІНКИ** **СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗРОБЛЕННЯ** **ЕФЕКТИВНИХ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ** **ТЕХНОЛОГІЙ У СУЧАСНІЙ** **ПРОФІЛАКТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ**

І.В.Сергета, О.Є.Александрова,
Б.Р.Боровський, Н.І.Осадчук, Д.П.Сергета,
Р.В.Теклюк, О.Б.Дударенко
Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова,
Вінниця, Україна

Проблеми оцінки стану здоров'я та розроблення ефективних здоров'язберігаючих технологій, що являють собою одну з найбільш суттєвих проблем сучасної профілактичної медицини, нерозривно пов'язані з розв'язанням як суто специфічних для неї питань, так і комплексу проблем біотичного змісту і, передусім, зумовлює: формування нової методології оцінки стану здоров'я з позицій урахування особливостей взаємин людини і довкілля, реакцій її організму у відповідь на дію чинників навколишнього середовища та соціальних умов життя, необхідність подолання проявів фрустрації як наслідку порушень провідних енвіронментальних і біотичних принципів, розроблення інтегральних показників та шкал бальної оцінки, що дозволяють отримати чітко визначені кількісні критерії оцінки здоров'я (для дослідника) та відрізняються чітко структурованими якіс-

ними характеристиками окремих відхилень у його стані (для досліджуваного).

Таке становище зумовлює необхідність наукового пошуку і методологічного обґрунтування ефективних та адекватних підходів щодо удосконалення цього процесу із застосуванням численних засобів об'єктивізації критеріальних показників стану адаптаційних ресурсів та функціональних можливостей організму. Наведене надало можливість розробити концепцію оцінки стану здоров'я людини, що ураховує такі положення проблемного характеру, як проблеми категорійно-понятійного змісту, якісної та кількісної оцінки стану здоров'я, нормування провідних показників стану здоров'я, визначення та оцінки змін у стані здоров'я, які відбуваються на сучасному етапі, прогнозування та формування здоров'я тощо.

В ході проведених наукових досліджень розроблені та науково-обґрунтовані методики визначення таких інтегральних показників, як індекс психофізіологічної адаптації, експрес-індекс стрес-індикації, індекс біхевіорального (поведінкового) благополуччя, комплексний показник гармонійності фізичного розвитку, розроблені технології оцінки особливостей морфофункціонального стану новонароджених дітей з різною масою тіла, комплексної гігієнічної оцінки виникнення розладів з боку зорової сенсорної системи у підлітків пубертатного віку, що перебувають в умовах високіх візуальних та інформаційних навантажень, скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних відхилень у стані психічного здоров'я сучасних учнів, визначення психофізіологічної готовності організму учнів і студентів до успішного виконання професійної діяльності, бальної оцінки ступеня ризику виникнення захворювань, що передаються статевим шляхом серед молоді, комплексної оцінки рівня психофізіологічної і психічної адаптації студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах, тощо.

S5.1/8 **БІОЕТИКО-АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ** **ПЕРСПЕКТИВЫ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ** **МЕДИЦИНЫ**

В.И.Ожовану
Государственный университет медицины и
фармации им. Н.Тестемицану
Кишинэу, Республика Молдова

Человек всегда стремился восстано-
вить или совершенствовать красоту свое-
го тела. Определенные навыки применения
эстетических приемов в пределах медицин-

ской помощи известны с античных времен.
Они совершенствовались одновременно с
развитием медицины. Наряду с косметичес-
кими приемами, эстетические медицинские
возможности помогали придать человеку
желаемые (или близко к желаемым) формы или
облик своему телу в зависимости не только от
практической необходимости (восстановле-
ние естественных функций и формы), но и от
культурных традиций этноса и времени.

На протяжении прошлого столетия
эстетическая медицина полностью сформирова-
лась как отдельная отрасль современной
медицины. Медицина имеет явный аксиоло-
гический характер. Сама ее специфика пред-
полагает прочное присутствие ценностного.
Аксиологическая сторона медицины развива-
ется в соответствии с требованиями време-
ни и конкретной областью. Без ценностных,
эстетических, нравственных составляющих
медицина была бы немыслимой. Как морально-
ценностное многообразие, так и эстетический
спектр, создают общие «составные». Одним
из таких случаев представляется проявление
эстетической ценности. Из-за настойчивого
утверждения медицинской эстетики появи-
лась новая сфера – эстетическая медицина. В
основу этой концепции следует ставить комп-
лексное видение пациента и его проблем,
стремление оценивать и совершенствовать
его внешность с учетом особенностей его пси-
хологического и соматического статуса. Гар-
мония красоты и здоровья, индивидуализация
образа, лечение не определенного участка
тела, а пациента в целом – основополага-
ющие принципы дисциплины эстетической
медицины.

Констатируя ряд современных тенденций
развития медицины, следует ожидать, что не-
минуем серьезный анализ многих проблем с
позиций биоэтико-аксиологического тандема.
Сейчас можно сделать некоторые выводы на
основе исследуемого материала из различных
отраслей. Почти все разделы медицины в по-
следнее время проявляют интерес к ценностно-
эстетическим проблемам, которые одновре-
менно являются и биоэтическим субъектом
для профессионального и общественного
обсуждения. В условиях тесной биоэтико-
аксиологической корреляции кристаллизиру-
ется новое явление – медицинская аксиоло-
гия. Эта новая отрасль находится в процессе
становления и исследует медицинские цен-
ности. Характерная её черта является тесная
взаимосвязь с медицинской практической де-
ятельностью, в том числе с эстетической меди-
циной. Стремление к исследованию и внедре-
нию в медицине биоэтических и эстетических

принципов, императивов, проблем и т.д. и т.п. создает новые предпосылки развития медицинской аксиологии.

Совместное биоэтическое и аксиологическое рассмотрение эстетических проблем раскрывает многообещающие возможности для теоретического и практического прогресса медицины, для изыскания новых путей безопасного развития социума.

S5.1/9 ПРИОРИТЕТНЫЕ АСПЕКТЫ БИОЭТИКИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

З.Ф.Веселовская

Киевский городской офтальмологический
центр, Киев, Украина

*«Наука без совести опустошает душу»
Франсуа Рабле*

Сегодня биоэтику, обязанную своим появлением В. Р. Поттеру (1969, 1970 гг.) как науку или направление, можно считать достигшей достаточно зрелого возраста. Основополагающая идея биоэтики – защита прав, свободы и достоинства человека, совершенно необходима в любом цивилизованном обществе, и тем более в медицине.

Современный расцвет офтальмологической науки и практики неразрывно связан с прогрессом офтальмоиндустрии, что, в свою очередь, привело к изменению принципов оценки эффективности диагностики и лечения офтальмологических больных.

В то же время коммерциализация медицины за счет смещения акцента в сторону экономической целесообразности, внесла целый ряд корректив в систему оказания медицинской, в том числе и специализированной офтальмологической помощи. В тоже время использование уже наработанных рекомендаций медицинской биоэтики в офтальмологической науке и практике недостаточно, а основной постулат медицины «не навреди» подчас просто игнорируют.

В настоящее время, если круг существующих проблем в офтальмологической науке и практике, которому сегодня нужны четко сформулированные, современные и обязательные для исполнения требования, то он окажется достаточно широким.

Имплантация, клеточная и тканевая трансплантация, применение новых фармакологических препаратов, новых методов консервативного и медикаментозного лечения, новых видов микрохирургической техники, с одной стороны нуждаются в обязательном

экспериментальном обосновании, а с другой – в определенном объеме клинических исследований на основе современных, обоснованных и четко сформулированных критериев.

Вопрос о рациональности выработки современных показаний, протоколов диагностики и лечения вынесен отдельной строкой. Каждая позиция в таких документах должна быть обоснована, целесообразна и унифицирована с учетом международных опыта и документов.

Следует отметить, что существующие современные требования к медицинским испытаниям в офтальмологических клиниках, которые выработаны и основаны на норме биоэтической экспертизы протокола клинических исследований, добровольного информированного согласия пациента на участие и сегодня выполняются очень строго.

В целом, считаю, что основная задача медицинской биоэтики в офтальмологии и в медицине в целом не должна допустить подмены принципов «ответственность» (Г.Йонас, 1970), «морали и духовности» на основе высокого профессионализма такие и столь прагматичные понятия, как экономическая целесообразность и врачебная в офтальмологических клиниках заинтересованность.

S5.1/10 ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Н.Ю.Горностаева, Ю.В.Десятская, И.М.Шевченко, Л.И.Дмитриева

Одесский государственный медицинский
университет, Одесса, Украина.

В рекомендациях ВОЗ «Международное соглашение об этических принципах в медицинской генетике и генетических технологиях» (WHO, 1998) приведены основные этические принципы, в соответствии с которыми проводятся пренатальные обследования и пренатальная диагностика (ПД) в семьях высокого риска по наследственным заболеваниям. Эти этические принципы носят общий характер и при всей своей универсальности не могут предусмотреть всех организационных и клинических сложностей, с которыми постоянно приходится сталкиваться врачу. Так, если в 90-х годах прошлого века молекулярно-генетический анализ охватывал только несколько крайне тяжелых заболеваний с ограниченным сроком жизни больных (муковисцидоз, миодистрофия Дюшена и др.), то в настоящее время известна молекулярная основа нескольких сотен

наследственных заболеваний с различным характером течения и социальными последствиями.

Перед специалистами и самими родителями все чаще возникает два основных вопроса этического характера:

- при наличии методической возможности проводить или не проводить ПД конкретных состояний, риск которых в семье имеется, но заболевание не имеет тяжелого течения?

- прерывать или не прерывать беременность при обнаружении некоторых вариантов патологии?

Ответ далеко не очевиден, если речь идет о заболеваниях с умственной отсталостью различной степени, риском малигнизации ниже средней (нейрофиброматоз, синдром Беквит-Видемана и др.). Однозначно рекомендации не могут быть даны при выявлении кариотипов плодов с числовыми и структурными абберациями половых хромосом, при обнаружении маркерных хромосом, при диагностике заболеваний, для которых уже имеются достаточно эффективные способы лечения (гемофилия, фенилкетонурия).

Также значимым является и срок гестации при решении вопроса о прерывании в случае поражения плода. Диагностика в 1-м триместре допускает более строгие подходы. Подтверждение диагноза или неожиданное обнаружение патологии в конце 2-го или даже 3-го триместра не всегда может служить поводом для прерывания беременности.

Таким образом, этические аспекты ПД на современном этапе продолжают заслуживать столь же пристального внимания специалистов, как и вопросы методического, клинического и организационного совершенствования этой службы. Нерешенность многих этических вопросов ПД объясняется не столько тем, что им не придают должного значения, а скорее тем, что ответы на них трудны и неоднозначны.

S5.1/11 БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОНКОУРОЛОГИИ

В.Н.Григоренко¹, Л.Н.Гуслицер², В.С.Сакало¹, В.В.Мрачковский³, А.В.Кондратенко³, А.В.Сакало¹, Ю.Ю.Куранов³, П.Г.Яковлев³

¹ ГУ «Институт урологии НАМНУ», ² Институт
экспериментальной патологии, онкологии
и радиобиологии им. Р.Е.Кавецкого НАНУ, ³
Киевская городская онкологическая больница,
Киев, Украина

Ежегодное увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями на-

селения Украины непосредственно относится и к онкоурологической патологии, определяя своеобразие биомедицинской этики в этой специальности.

Интимная природа проблем, связанных с применением специальных методов в лечении органов мочевыделительной системы и мужских половых органов, нередко могут привести к существенному изменению качества жизни и определяют актуальность биоэтических взаимоотношений уролога и больного.

Общеизвестно, что радикальное хирургическое лечение онкоурологической патологии связано с органоуносящими вмешательствами, что вызывает подавляющее большинство больных негативную реакцию, приводящую к значительному ухудшению их психологического статуса. В этой связи при установлении диагноза рак почки необходимо правильно определить показания к удалению почки или выполнению органосохраняющей операции – резекции пораженной опухолью почки. При удалении почки больному следует объяснить, что после операции единственная почка способна обеспечить удовлетворительное функционирование организма.

Исключительно напряженным и нередко драматическим является сообщение больному о выявлении у него рака яичка (РЯ) и необходимости удаления яичка, а также двусторонней орхиэктомии при установлении диагноза – рак предстательной железы (РПЖ). Больным РЯ в молодом репродуктивном возрасте следует объяснить, что после операции они будут в большинстве практически здоровыми, а единственное яичко способно обеспечить как сексуальную, так и репродуктивную функции. Выполнение двусторонней орхиэктомии больным РПЖ при сохраненной половой функции сопряжено со значительной психологической травмой. Для этой категории больных могут быть использованы современные препараты для лечения эректильной дисфункции.

Предложение о выполнении двусторонней орхиэктомии психологически спокойнее воспринимается больными РПЖ, когда врач избегает термина кастрация.

Особенно сложны и специфичны проблемы биоэтики в отношении больных с диагнозом рак полового члена (РПЧ). Эта локализация относится к визуальным формам, но, к сожалению, диагностика заболевания часто является запоздалой.

Для больных РПЧ важно сохранение сексуальной функции, поэтому необходимо выполнять при возможности органосохраняющую операцию.

Таким образом, биоэтические аспекты он-

коурологии настолько специфичны для каждой локализации, что требует строгого соблюдения вышеназванных принципов биомедицинской этики.

S5.1/12
МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ
СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Я.С.Яскевич

Институт социально-гуманитарного образования, Белорусский государственный экономический университет, Минск, Республика Беларусь

Фундаментальные проблемы современной медицины оказались исключительно близки по своему содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при исследовании проблем психиатрии. Более того, традиция их осмысления и опыт их решения в истории психиатрии, во многом превосходят этико-антропологические повороты в современной медицине.

Особую роль на протяжении всей истории психиатрии сыграла дилемма патерналистского и непатерналистского подходов, являющаяся «сквозной» для всей биоэтики. Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента предполагает, что в условиях врачевания здоровье и жизнь человека являются, безусловно, приоритетными ценностями, что этическая позиция врача однозначно учитывает, что «Благо больного – высший закон» и что полноту ответственности за принятие клинических решений врач берет на себя. Непатерналистская модель взаимоотношений врача и пациента исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой категорией такого подхода становится категория прав пациента.

Утверждение патерналистских взаимоотношений врача и психически больного способствовало самоопределению психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, формированию отношения общества к «помешанным» как к больным людям. Важнейшая этическая задача в психиатрии – защита и гарантии гражданских прав душевнобольных лиц. Потенциально право на добровольное лечение признается за каждым больным, т. е. в любом случае госпитализации врач обязан сначала (за исключением юридически определенных случаев невменяемости) испросить «согласие больного». Социальный и гуманистический прогресс во взаимоотношениях современного общества и душевнобольных проявляется, прежде всего, в той исключи-

тельной роли, которую приобрели в регуляции взаимоотношений врача и пациента понятия «информированное согласие» и «отказ от лечения». Эти понятия являются производными от принципа добровольности лечения, который в психиатрии приобретает дополнительный смысл – «презумпции компетентности, вменяемости». Этико-юридический механизм, о котором здесь говорится, есть перманентная апелляция к разумности, благоразумию, моральной автономии душевнобольного на всем пространстве его взаимодействия с психиатрическими службами.

В современной психиатрии происходит не только антропологический и этический поворот к человеку, сопровождающийся переосмыслением правового и нравственного статуса душевнобольного пациента, гарантий механизмов защиты его прав и достоинств, личностной автономии, но и в контексте синергетического подхода переосмысливается традиционная модель одномерного подхода к постановке диагноза и лечению больных.

S5.1/13
БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА В
ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

Е.П.Манжура¹, Л.Н.Гуслицер², Г.А.Вакуленко³, М.П.Клеветенко¹, В.Е.Мицкевич¹, Д.Н.Красиленко¹, Л.В.Пак¹
Киевская городская онкологическая больница¹, Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р.Е.Кавецкого НАН Украины³, Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца², Киев, Украина

Этическим нормам врача–онколога и, в частности, врача-онкогинеколога свойственны некоторые специфические особенности, которые определяют существенное отличие его поведения от поведения врачей многих других специальностей. По данным многочисленных исследований и по собственным наблюдениям большинство больных с онкопатологией испытывают страх, а почти у половины из них (от 40 до 50%) возникает депрессивное состояние. В этой связи онкогинеколог при общении с больной должен учитывать тип нервной деятельности, психоэмоциональное состояние, уровень культуры, семейный статус социальное положение и др.

Исключительно внимательным и чутким онкогинеколог должен быть при контакте с молодыми женщинами, которых волнует не только исход лечения, но и возможность сохранения половой и особенно репродуктивной функции.

Больная должна быть проинформирована об объеме оперативного вмешательства и об его последствиях, а врачу необходимо получить согласие (устное или письменное) пациентки на проведение операции, что подтверждается записью в истории болезни. Соблюдение правил биоэтики необходимо и при последующем применении различных видов химио- и лучевой терапии. Мужу онкобольной полную информацию о заболевании следует сообщать только с разрешения жены, не нарушая при этом ее прав о конфиденциальности.

Путем деликатных бесед с дозированной подачей информации больной необходимо разъяснить всю серьезность ее заболевания. Не следует рассказывать все пациентке во время одной беседы, необходимо дать ей время на осмысление услышанного.

Многолетний опыт работы гинекологического отделения Киевской горнобольницы (КГОб) свидетельствует о том, что надежда и вера помогают справиться с недугом у более чем 40% больных в сравнении с пессимистически настроенными пациентками. Разъяснения врача о результатах исследования должны давать положительный психотерапевтический эффект, вселяя уверенность и надежду на выздоровление.

Полную информацию следует сообщать только тем больным, которые несмотря на многократные убедительные доводы, категорически отказываются от лечения. Необходимо соблюдение коллегиальности, в частности, с больной и родственниками должен беседовать только лечащий врач.

Во время обходов и клинических разборов медицинская терминология должна произносится на непонятном для больных языке, обычно на латыни.

Многолетний опыт работы в КГОб свидетельствует о необходимости создания в онкологических учреждениях биоэтических комитетов с целью систематического проведения биоэтических экспертиз.

S5.1/14
БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ
СТОМАТОЛОГИИ

А.Г.Ожован

Государственный Университет Медицины и Фармации имени Николая Тестемичану, Кишинэу, Республика Молдова

В настоящее время все более актуальным становится рассмотрение различных биоэтических аспектов стоматологии. В связи с этим мы можем выявить основные моменты

или общие проблемы биоэтики в этой сфере медицинской деятельности: 1) специфические биоэтические теоретические разработки в стоматологии; 2) определение различных ситуаций из области отношений: врач-пациент, врач и другие субъекты лечебного процесса; 3) анализ биоэтических компонентов научных исследований проведенных в области стоматологии; 4) обсуждение множественных клинических случаев, в которых выявлены биоэтические проблемы. В связи с этим следует кратко охарактеризовать каждый из этих моментов.

I. По сравнению с другими областями медицины, в стоматологии посвящено мало работ теоретической биоэтике. Поэтому изначально следует выявить главные исследовательские ориентиры, затем конкретизировать основные проблемы и методологические возможности их анализа.

II. Отношения между врачом-стоматологом и пациентом – это проблема постоянной актуальности. Эти отношения, возникшие в течение двадцатого столетия, в последние десятилетия терпят радикальные изменения. Так, четко отмечается динамичный процесс перехода от патерналистских отношений к информированному согласию. Этот новый тип взаимоотношений представляет собой общую тенденцию современной медицины, однако более категорично проявляется именно в стоматологии. Немало противоречивых ситуаций возникает в отношениях врач – врач, врач – вспомогательный персонал, когда недопустимы регламентарные и поведенческие отклонения.

III. Научные исследования в области стоматологии предполагают, также как и другие области медицины, рассмотрение биоэтических аспектов. Они могут иметь различную природу в зависимости от исследуемого объекта.

IV. Клинико-биоэтические проблемы являются самыми разнообразными в стоматологии. Во многих случаях они рассматриваются в разных областях медицины, как в общих – терапия, хирургия, травматология и др., так и в более узких – медицинская эстетика, биофизика, иммунология, трансплантология и др. Остановимся на некоторых из них.

Во-первых, биоэтические аспекты челюстно-лицевой хирургии, возникшие в результате вмешательств, когда радикально изменяется естественный вид лица.

Во-вторых, ситуации из области трансплантологии, когда пересаживаются ткани от другого человека (включительно от трупов). В этом случае последствия могут затронуть не только моральные принципы, но и целый спектр дру-

гих проблем из области иммунологии, генетики, религии, права.

В-третьих, пересадка зачатков зубов (трупный детский материал) когда, кроме биоэтических проблем, непременно возникают вопросы генетических последствий, возможно и для следующих поколений.

В-четвертых, проблема исследования применения препаратов и различных материалов в стоматологии недостаточно тестированных, запрещенных, с явными побочными действиями.

В-пятых, интеллектуально-моральный уровень врача, когда он сам должен сделать выбор: направлять свои действия исключительно в интересах здоровья пациента, или в сторону материальной выгоды.

Утверждение биоэтики в качестве новой междисциплинарной области является необходимым фактором, поддерживающим деятельность врачей-стоматологов системой норм и ценностными ориентирами, факт исключительно необходимый в современных условиях развития человечества.

S5.1/15 **ИНФОРМИРОВАННЫЙ ВЫБОР:** **«БЕЗОПАСНЫЙ СЕКС» ИЛИ ВОЗДЕРЖАНИЕ** **В БОРЬБЕ СО СПИДОМ?**

З.А.Серебровская

*Институт физиологии им. А.А.Богомольца
НАНУ, Киев, Украина*

Первые случаи ВИЧ-инфицирования среди граждан Украины были зарегистрированы в 1987 году, и с тех пор, не смотря на энергичные кампании по пропаганде так называемого «безопасного секса», а возможно и благодаря им, эпидемия СПИДа достигла в нашей стране угрожающих масштабов. Идеология программ «безопасного секса» заключается в том, что каждый волен вступать в неограниченное число половых контактов, при этом рассчитывая на презерватив как на защиту от заболеваний, передающихся половым путем.

По-видимому, никто не будет спорить с тем, что кампании «безопасного секса» провоцируют беспорядочные половые связи и поэтому являются ответственными за возрастание поведения риска в обществе. Совершенно очевидно также и то, что такого рода пропаганда разрушает моральные ценности, цементирующие семью, и унижает достоинство мужчины и женщины, низводя их сексуальность до уровня предмета потребления. Один из отцов церкви сказал: «Не следует стесняться того, что сотворил Бог». Католический кардинал Альфон-

со Труильо в одном из документов уточнил: «Мы не только не должны стесняться вещей, сотворенных Богом, но должны также защищать их, поскольку все сотворенное прекрасно. Человеческая сексуальность, супружеская любовь, ответственность, свобода, здоровье тела: драгоценные дары божьи, которые мы должны хранить».

Итак, пропаганда ответственного полового поведения – верность в браке и абстиненция до брака –, прививаемого соответственным сексуальным воспитанием, является надежным и единственно морально бескомпромиссным средством остановить пандемию СПИДа. Тем не менее, если необходимость *защиты* от инфекции не вызывает сомнения, то *способ* защиты никому не может быть навязан, и каждый может сделать для себя свободный выбор. Выбор является действительно свободным только тогда, когда он сделан на основе адекватной и ясно изложенной информации. Абстиненция является гарантированной защитой от СПИДа и других заболеваний, передающихся половым путем. Гарантирует ли использование презерватива такую же безопасность? В нашем сообщении мы собрали материал из многочисленных источников об истинной действенности презерватива в защите от СПИДа.

Еще в 1994 году Др. Элен Сингер-Каплан, основательница Программы Сексуальности Человека в Медицинском Центре университета Велл Корнер, Нью Йорк, написала в своей книге «Действительная правда о женщине и СПИДе»: «Рассчитывать на презерватив – это флиртовать со смертью». Всемирная организация Здоровья (WHO) установила последовательно и корректно, что использование презерватива снижает риск заражения ВИЧ на 90% (*Special Report* 13 October 2003). Международная федерация планированного родительства (IPPF) указывает более высокий процент несостоятельности презервативов, утверждая, что «использование презервативов снижает примерно на 70% общий риск по сравнению с незащищенным сексом либо с полной абстиненцией. В 2000 году четыре правительственных институции США (USAID, FDA, CDC, NIH), ответственные за рекомендации по исследованию, регуляции и использованию презервативов, а также за программы анти-СПИД и анти ЗППП, стали спонсорами воркшопа: *Научные свидетельства об эффективности презервативов в предотвращении заболеваний, передающихся половым путем*. Резюме воркшопа разъясняет, что презерватив снижает риск заражения ВИЧ/СПИД на 85% (*Scientific Evidence on Condom Effective-*

ness for Sexually Transmitted Disease Prevention, 20 July 2001, pages 1-2). Следует отметить, что риск заражения зависит как от качества самого презерватива, так и от того на сколько корректно и на сколько часто он будет использован. В одной из своих брошюр Медицинский институт Техаса указывает: «Получив список основных процедур, необходимых для правильного использования презерватива, менее чем половина сексуально активных подростков ответили, что они используют презерватив правильно». По данным IPPF, риск заражения СПИДом во время так называемого «защищенного секса» приближается к 100%, если число эпизодов секса велико.

Эти, и многие другие данные свидетельствуют, по меньшей мере, об одном, что имея в виду презерватив, мы можем говорить самое большее о «менее опасном», но никак не о «безопасном» сексе, и информация об этом должна быть не менее доступной для пользователя, чем сам презерватив. Ответственность за ложную информацию значительно возрастает с учетом того, что речь идет о потенциально смертельной болезни.

S5.2/1 **ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ЛІКАРЯ УКРАЇНИ –** **КОНСТИТУЦІЯ МОРАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ** **ЛІКАРСЬКОГО СПІВТОВАРИСТВА**

В.В.Лазоришинець, Ю.І.Кундієв, Л.А.Пиріг, **М.В.Банчук, О.С.Мусій, Л.П.Брацюнь,** **О.П.Волосовець, О.М.Дзюба**

*Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України,
Всеукраїнське лікарське товариство,
Національний медичний університет
ім.О.О.Богомольця, Київ, Україна*

Життя та здоров'я людини – головні, фундаментальні цінності. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодійності і милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості. Лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху – це, насамперед, совість.

Саме ці моральні засади узагальнені в Етичному кодексі лікаря України з урахуванням положень Міжнародного кодексу медичної етики та інших системоутворюючих документів лікарської світової спільноти.

Мета створення Кодексу – систематизувати, упорядкувати та закріпити єдину систему норм, правил і критеріїв моралі в усіх видах

лікарської діяльності з урахуванням положень Міжнародного кодексу медичної етики, Гельсінської декларації Всесвітньої медичної освіти, Загальної декларації про геном і права людини й Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини.

27 вересня 2009 року у м. Євпаторія відбулась історична для усієї лікарської спільноти країни подія – на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства був прийнятий Етичний кодекс лікаря України.

Після прийняття Кодексу підтримувати і контролювати його виконання повинні етичні комісії та комітети при закладах охорони здоров'я і наукових установах; медичних та наукових федераціях, асоціаціях, товариствах та інших громадських організаціях у галузі охорони здоров'я, що визнали даний Кодекс.

Окремо у Кодексі підкреслюється про обов'язок лікаря безперервно професійно розвиватися, не позбавляючи себе при цьому професійної незалежності, неприпустимість мотивів матеріальної вигоди при прийнятті фахового рішення. Саме це лягло в основу законодавчого запровадження у медичній сфері системи безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів.

Його прийняття стало вагомим кроком до становлення цінностей та моральних орієнтирів лікарської спільноти України та її інтеграції до світового медичного простору.

S5.2/2 **БІОЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ** **ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ** **УКРАЇНИ. МЕРЕЖА КОМІТЕТІВ З ЕТИКИ –** **СПОЛУЧНА ТКАНИНА СОЦІУМУ**

О.В.Гордієнко

*Національна медична академія
післядипломної освіти, Комітет з етики
Київ, Україна*

На сучасному етапі державно – суспільної трансформації в Україні, коли всебічні коеволюційні процеси вимагають відповідної координації і потужного синтезу, коли наростання темпів еволюційних процесів потребує оперативної мобілізації системотворчого потенціалу галузі і динамічної рефлексії відповідно до суспільних потреб, саме біоетика може виступити тим стабілізуючим і гармонізуючим суспільним регулятором, який спроможний мінімізувати ризики і ефективно захищати здоров'я і гідність людини під час стрімких суспільних перетворень.

Визріла об'єктивна необхідність філософського узагальнення набутого досвіду і визначення перспектив оптимізації розвитку медичної системи відповідно до реалій сьогодення. Цим питанням була присвячена низка цікавих ґрунтовних наукових праць вітчизняних вчених.

За останні роки кожен з нас відчув на собі і своїх близьких наслідки агресивного некерованого розвитку ринкових процесів в медицині, коли капітал стає суб'єктом медичної діяльності, коли ненажерливий економічний інтерес запускає ланцюгову реакцію безкінечного споживання медичних послуг, яка поступово підмінює собою лікувальний процес, результатом якого має бути зцілення (відновлення порушеної органічної цілісності і повноцінної функції).

Саме такого процесу – зцілення вимагає сьогодні і сама медична система як соціальна система забезпечення здоров'я.

Замислимося разом, **якою є сьогодні медична система України для людини?:**

- **пацієнта**, який потребує орієнтації, підтримки і допомоги у процесі відновлення здоров'я?
- чи **споживача медичних** послуг, який має задовольнити економічний інтерес всієї медичної ієрархії?
- **лікаря – цілителя, фахівця**, який допомагає пацієнту відновити здоров'я?
- чи **ремісника (біоробота)**, який володіє певним набором функцій), **надавача медичних послуг**, інструменту забезпечення економічного інтересу медичної ієрархії?

Відповідь на ці запитання робить очевидними і відповіді на цілу низку проблем організаційного характеру:

- якого класу (якості) фахівців держава повинна готувати власним (державним) коштом?
- якого рівня клініки, з яким медичним устаткуванням, з якою якістю медичних кадрів і яким принципом їхньої оплати держава повинна забезпечити? З яких джерел фінансування?
- чи повинна (спроможна) держава оплачувати весь лікувальний процес, або лише невідкладні стани? Які категорії населення і в якому обсязі потребують безоплатного лікування? Хто і як його фінансуватиме? Рівень співоплати медичних послуг малозабезпеченим населенням.

Рівень співоплати кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги.

Які обов'язки у співфінансуванні мед. закладів і у співфінансуванні фахівців повинно взяти на себе населення?

Отже **потрібен сучасний цивілізований підхід до оптимізації медичної системи**. Необхідна стимуляція процесів суспільної від-

повідальності. Від застарілої **патерналістичної системи ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я** через усвідомлення і співтворчість всім нам слід до-рости до **державно – суспільної організації СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я** з відповідною долею суспільної відповідальності кожного.

Першочерговою на сучасному етапі постає **організація здорової (органічної) системи взаємин в медичних колективах – зцілення комунікативного простору медичної системи і послідовне створення здорового медичного середовища в Україні**. Стабілізуюча, координуюча і потенціююча функції біоетики як ніколи актуальні і необхідні сьогодні.

Біоетичні принципи не просто стають орієнтирами морального вибору, а надійним інструментом створення комунікативного стрижня стабілізації і гармонійного розвитку медичної системи.

І лікар і пацієнт повинні здобути статус суб'єктів медичної діяльності, спрямованої на повноцінне відновлення здоров'я. Необхідна регламентація співпраці лікаря і пацієнта з дотриманням балансу інтересів. Першим кроком до цього стало прийняття ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ЛІКАРЯ УКРАЇНИ на Х З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м.Євпаторії 27 вересня 2009р.

На часі щонайповніше впровадження біоетичних принципів у повсякденну медичну практику через МЕРЕЖУ КОМІТЕТІВ З ЕТИКИ, яку необхідно активно розгортати по всіх медичних закладах України та фахових асоціаціях медиків.

Організація комітетів з етики (ЕК) у медичних закладах стане базовим (засадничим безпосереднім) рівнем забезпечення прав пацієнта і лікаря, основою організації лікувального процесу на засадах взаємоповаги, довіри і співтворчості для забезпечення здорового і повноцінного життя.

Необхідна щонайшвидша **інституціоналізація мережі ЕК в медичних закладах** з боку держави, нормативне закріплення обов'язковості організації ЕК в структурі медичного колективу.

Актуальне як ніколи:- **правове забезпечення належного статусу ЕК в медичних установах;**

-визначення спектру повноважень ЕК в мед. закладах;

-стандартизація роботи ЕК (належна практика етичної діяльності);

-забезпечення повноправної участі ЕК у формуванні соціально – економічної політики мед.закладу;

Комітети з етики (ЕК) медичних установ.

Мета створення ЕК- мобілізація творчої активності медиків задля спільного вирішення задач оптимізації лікувального процесу; -захисту прав пацієнта і лікаря; – гармонізації всього спектру стосунків (лікар – пацієнт; лікар – колектив; колектив – адміністрація закладу); – активна адаптація біоетичних принципів у повсякденну медичну діяльність.

Перспективна роль ЕК:

Починаючи з організації ЕК, трудовий колектив медиків стає колективним суб'єктом у рішенні всіх виробничих спорів і конфліктів всередині колективу та його представництвом у діалозі з адміністрацією (колектив отримує свій голос у цьому діалозі).

-ЕК – зона постійного робочого контакту колективу та адміністрації, сфера живого мобільного зв'язку між ними, забезпечує швидку обобічну рефлексивність;

-ЕК – буферна зона – первинний елемент своєрідної «імунної системи» у медичній сфері (гарантія захисту колективу від адміністративного свавілля, захисту прав лікаря і пацієнта; запобіжник від впливу непередбачуваних ситуацій, гарантія оптимізації лікувального процесу і сфери взаємин у колективі);

-ЕК – первинний елемент для подальшого розгортання:

-Державної системи соціальних гарантій (формування комунікативного стрижня стабілізації системи);

-системи лікарського самоврядування (яка забезпечить перспективу подальшої еволюції української медицини як аутопоезисної соціально – економічної системи репродуктивного типу);

-налагодження повноцінного державно – соціального партнерства у медичній сфері, яке буде спиратися на чітку систему «зворотних зв'язків».

Система зворотних зв'язків – гарантія надійного сьогодення і забезпеченого завтра – основа організації і розвитку стимулюючого «циркулярного» податково – інвестиційного менеджменту пульсуючого характеру, який дасть змогу сформувати малі (організаційні), середні (структурові) та великі (системні) колообіги фінансування. Це дозволить за мінімальних ризиків значно пришвидшити темпи розвитку при збереженні системної стабільності.

Системна цілісність(за законами синергетики) **забезпечується однаковою швидкістю розвитку її складових – їхньою «когерентністю».**

Соціальна зрілість будь якої структури – це не лише її структурово – функціональна повноцінність і самодостатність, а й комунікативна

збалансованість системи, її інтегрованість у соціальний простір. Біоетика як інтегруючий стабілізуючий соціальний інструмент через посередництво мережі комітетів з етики, впроваджуючи в життя свої засадничі принципи, може стати своєрідною СПОЛУЧНОЮ ТКАНИНОЮ УКРАЇНСЬКОГО СОЦІУМУ , стаючи послідовно комунікативним стрижнем стабілізації медичної системи, дозволить підвестися від максимальної автономії і розбалансованості до системної цілісності та інтенсивного розвитку.

Ми маємо сьогодні щасливу можливість зробити разом перші кроки до гідної нас усіх спільної перспективи, адже біоетика відпочатку декларувалась В.Р.Поттером як міст у майбутнє.

S5.2/3

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В НЕОНАТОЛОГИИ

Н.Л.Аряев, Ю.В.Десятская

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина.

Биоэтика – область междисциплинарного знания о границах допустимого вмешательства в процессы жизни и смерти человека посредством новейших биомедицинских технологий.

К сфере биоэтики относят этические проблемы новых репродуктивных технологий, пренатальной диагностики, аборта, контрацепции, планирования семьи, экспериментов на человеке и животных, медицинской генетики, трансплантации органов и тканей, донорства, обеспечения прав пациентов, в т. ч. с ограниченной компетентностью, реанимационных методик, психотропной терапии, эвтаназии, вакцинации. Со второй половины 20 в. изменения в медицинской теории и практике принимают принципиально новый характер. Новые современные значимые технологии фетальной диагностики и терапии, ведения новорожденных не только «дают» жизнь, но и изменяют ее качественные параметры, способствуют снижению неонатальной смертности новорожденных высокого риска и повышению качества жизни.

В связи с развитием перинатальных и неонатальных технологий все большую остроту и значимость принимают проблемы взаимоотношений пациент-врач, врач-врач, право врача на ошибку, принятие решений командой профессионалов, членов семьи, общественных и необщественных организаций, конфликты

между ценностью жизни и ее качеством, между «наилучшими» интересами больного и интересами семьи и общества.

Поскольку новые технологии продлевают жизнь, становятся особо важными критерии умирания и смерти, а также определение этических ценностей в интенсивной терапии новорожденных, вопросы сохранения и prolongation жизни, снижения хронической заболеваемости и инвалидности и устранения боли и страдания, в связи с отказом или прекращением интенсивной терапии недоношенных и критически больных новорожденных.

Правильная биоэтическая оценка клинической ситуации позволяет в каждом случае выявить и разрешить возможный конфликт этических ценностей и принять правильное консенсусное решение.

S5.2/4 **МЕДИЧНІ І ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ** **ПРОВЕДЕННЯ ПЕРІОДИЧНИХ МЕДИЧНИХ** **ОГЛЯДІВ ПРАЦЮЮЧИХ В ШКІДЛИВИХ ТА** **НЕБЕЗПЕЧНИХ УМОВАХ ПРАЦІ В УКРАЇНІ**

М.П.Соколова

*ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»,
Київ, Україна*

Відомо, що для раннього виявлення професійного захворювання велике значення має своєчасність та якість проведення періодичних медичних оглядів осіб, що працюють в шкідливих та небезпечних умовах праці.

Аналіз роботи комісій, що мають ліцензію на проведення періодичних медичних оглядів працюючих в шкідливих та небезпечних умовах праці, вказує на неповне забезпечення виконання вимог «Положення про проведення медичних оглядів працівників певних категорій»: не забезпечуються єдині методичні підходи до організації та проведення медичних оглядів робітників; неповне охоплення контингенту, що їм підлягає; не дотримуються терміни проведення обстежень в залежності від шкідливих факторів виробничого середовища; не використовуються у повному об'ємі необхідні лабораторні, інструментальні та функціональні дослідження; не всі члени комісій мають кваліфікаційний рівень з профпатології. Із задовільною якістю за окремими показниками «Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» медичні огляди здійснюються в межах 64-76 % випадків, що може бути основою для заходів з покращення організації проведення медичних оглядів та профілактики професійних захворювань.

З іншого боку, необхідно звернути увагу і на

етичні аспекти, що впливають на проведення періодичних медичних оглядів. А саме:

1. Роботодавець, що не зацікавлений у виявленні професійного захворювання на своєму підприємстві, маючи право обирати для проведення медоглядів на підприємстві будь-яку комісію з тих, що мають на це ліцензію, домовляється з тими, хто погоджується на умови не показувати діагнозів професійних захворювань у своїх висновках за умови подальшої співпраці. Це значно зменшує кількість щорічно виявлених профзахворювань.

2. Робітник, у якого вже є прояви професійного захворювання, може їх приховувати через побоювання втратити високооплачувану роботу, що призводить до встановлення діагнозу професійного захворювання на пізніх стадіях хвороби, коли вже відбулась втрата працездатності.

3. Роботодавець може наймати для проведення періодичних медичних оглядів комісії незалежно від їх територіального знаходження. В таких випадках на підприємстві не проводяться диспансеризація працюючих та реабілітація тих, у кого виявлені певні ознаки впливу шкідливих чинників, але ще немає професійного захворювання.

Все вище наведене свідчить, що при проведенні періодичних медичних оглядів працюючих в шкідливих та небезпечних умовах праці необхідно враховувати не тільки медичні, але і етичні аспекти цієї проблеми.

S5.2/5 **ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ З ТОЧКИ ЗОРУ** **ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ**

О.В.Строгонов, Ю.В.Турчин

*Львівський Національний Медичний
Університет Імені Данила Галицького
Львів, Україна*

На сьогоднішній день в Україні стає актуальною проблема допомоги невиліковно хворим. Висока частота поширеності онкологічних захворювань та не завжди вчасно проведена їх діагностика призводить до того, що вони виявляються вже на пізніх стадіях захворювання. Враховуючи це, наявність важких супутніх захворювань та різноманітних ускладнень унеможливають проведення радикальних оперативних втручань.

Тому важливе значення має полегшення стану хворого завдяки паліативній терапії, яка полягає в послабленні проявів хвороби, страждань хворого та забезпечення його необхідною людською підтримкою.

Паліативне лікування не усуває причину

захворювання, не призводить до видужання. Його метою є лише усунення симптомів захворювання. Воно також забезпечує, крім консервативних паліативних заходів (адекватне знеболення, застосування снодійних, заспокійливих препаратів, забезпечення належного харчування), необхідну підтримку важкохворої особи. Для невиліковної (інкурабельної) людини якість життя є основним завданням в наданні допомоги.

Паліативне лікування радше служить «природності» існування та його кінця. Природний процес смерті не пришвидшується і не віддаляється, тобто зберігає свій часовий вимір.

Головним завданням також є звільнення від нестерпного болю, а це в свою чергу сприяє благополуччю, покращенню загального самопочуття хворого. При наданні паліативної допомоги головним є не продовження життя хворого, а вживання заходів щодо покращення його якості, сприяння комфорту.

Треба не допускати приниження гідності людини, яка помирає, огорнути її дбайливою любов'ю та опікою у хвилинали, коли вона готується до входження у вічність. Хворі також потребують душпастирської опіки. Робота священників лікарні полягає у духовному піклуванні про немірних, яке ґрунтується на любові, у єднанні людини з Богом, уділенні їм Святих Тайн на духовне, душевне і тілесне зцілення.

В Україні створюються спеціалізовані установи (госпіси), де забезпечується догляд за інкурабельними пацієнтами. В госпісах лікування та догляд за ними базується на принципах максимального підвищення якості життя, ефективності симптоматичного лікування, духовної та психологічної підтримки і допомоги.

Розвиток паліативної допомоги є одним із вищих проявів гуманізму та свідченням цивілізованого суспільства.

S5.2/6 **MEDICAL DEONTOLOGY AND SEXUALITY**

Stawomir Letkiewicz

*Phage Therapy Unit, L. Hirsfeld Institute of
Immunology and Experimental Therapy, Polish
Academy of Sciences, Wroclaw, Poland;
Katowice School of Economics*

In principle, the issue of sexuality has not existed in medical deontology except for the responsibilities of a doctor towards a pregnant woman. As far as deontological principles were concerned, the patient is «asexual», which means that deontological principles are related to humans, not to women or men. The code of medical ethics does not consider a woman or a man, but only a

patient, an ill person. The Geneva Convention, which was a reaction of the community against the crimes of Nazi doctors, also does not consider the problem of sexuality.

Sexuality is seen as a cultural problem, for psychologists and psychiatrists, primarily in the realm of psychoanalysis. The physician has to deal with nature, although he is complicated in the determinations of culture. The problem is to return to emphasizing the importance of Socrates' *daimonion* (conscience), or what Nietzsche described as «moral instinct».

Humanity expresses itself by the domination of moral instinct over the animal's instinct for self-preservation. The patient is a value for the doctor, particularly his health and life, without regard to his sex. The more general the principles, the more moral they are, and the more detailed they are, the more they appeal to legal codes. The question whether one's own sexuality should be a subject of medical deontology has only one answer: it should not. The only exception is related to taking caring for a woman in pregnancy.

S5.2/7 **ДЕЯКІ ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ** **НАДАННЯ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ** **З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИМИ** **ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

**В.І.Медведь, Н.А.Архипова, О.О.Данилків,
О.В.Ісламова**

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України», Київ, Україна*

Надання спеціалізованої акушерсько-профільної допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією, особливо її тяжкими й складними варіантами, асоціюється з низкою етичних проблем, не притаманних загальному акушерству. Дотепер медицина не володіє точними способами об'єктивної оцінки ризику вагітності в усіх випадках різноманітних екстрагенітальних захворювань. Лікарі, стикаючись із хворою вагітною, схильні перебільшувати цей ризик, відтак значно частіше, ніж це було б виправдано, пропонують переривання вагітності за екстрагенітальними показаннями. Уявність останніх у багатьох випадках можна вважати доведеною, оскільки багато хто з хворих, не погодившись від переривання вагітності, доносили її та народили здорових дітей. Не кажучи про моральну травму, що її завдає необґрунтоване наполягання лікарів на перериванні вагітності, можна припустити, що у багатьох випадках жінок умовили погодитись, отже позбавили найважливішого у жіночому житті – материнства.

Інша вкрай гостра проблема – занадто час-

те розродження хворих з екстрагенітальною патологією шляхом кесаревого розтину. неогрунтоване медично й витратне матеріально. Насправді перелік суто екстрагенітальних показань до кесаревого розтину досить обмежений і нормативно затверджений Міністерством. Лікарі, які є фахівцями за профілем патології жінки, але не мають досвіду розродження таких хворих і, найголовніше, не знайомі з фізіологією природного родового акту, безпідставно вважають кесарів розтин найбільш безпечним і бережним способом за багатьох екстрагенітальних хвороб. Це призводить до неогрунтованого розширення показань до цієї, насправді, більш ризикованої і пов'язаної з більшою кількістю ускладнень операції. Окрім негативних медичних наслідків, такі дії лікарів ведуть до втрати жінкою віри у свої сили, формують невпевненість у своїй жіночій слушності, стають підґрунтям «комплексу неповноцінності». Є також цілком конкретні негативні наслідки для дитини, яка неприродно починає свій земний шлях. Насильство над людською природою не минає безслідно.

Значною мірою у морально-етичній площині перебуває проблема зайвих обстежень, медикаментозних призначень та інших втручань. Трапляється, що подібні рекомендації лікаря мають на меті не виключно користь для хворої жінки, а й користь особисто для себе. Ліпше, коли у цій ситуації страждає лише гаманець вагітної, значно гірше, якщо неогрунтовані призначення можуть зашкодити її здоров'ю чи здоров'ю майбутньої дитини.

Проблеми, про які йшлося, цілком вирішувані, хоча мають глибоке коріння. Запровадження сучасних науково обґрунтованих стандартів лікувало б одночасно і невиправдані переривання вагітності, і непоказані операції, і зайві призначення. А введення страхової медицини вирішило би проблему контролю за дотриманням цих стандартів.

S5.2/8 **ПЕРЕХІД РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ** **ІНТЕНСИВНОЇ НЕОНАТОЛОГІЇ ВІД** **ТЕХНОГЕННОГО ДО ГУМАНІСТИЧНОГО**

Т.К.Знаменська, Т.В.Куріліна,
О.А.Пояркова

Державна установа «Інститут педіатрії
акушерства та гінекології НАМН України»
Київ, Україна

Перехід України з 1 січня 2007 року на реєстрацію пологів з повних 22 тижнів гестації є кроком до виконання державою вимог Конвенції про права дитини, основні положення

якої було ратифіковано Постановою Верховної Ради України у лютому 1991 року. Народження недоношеної дитини в термінах вагітності від 22 до 32 тижнів викликає велику кількість медичних, етичних, соціальних проблем та супроводжується значними економічними витратами. Особливо високий ризик щодо прогнозу виживання та подальшої якості життя мають діти з масою тіла менше 1000 г, які формують групу з невизначеним прогнозом.

Система неонатологічної допомоги в Україні регламентована наказами МОЗ України, клінічними протоколами та медичними стандартами, розробленими за даними доказової медицини. Загальними принципами виходжування недоношених новонароджених є: виживання, нормальний ріст та розвиток, попередження пошкоджень як за рахунок недоношеності та незрілості, так і за рахунок ятрогенних факторів, максимальне сприяння вирішенню психосоціальних проблем.

Найсучасніші технологічні методи виходжування та моніторингу стану функціональних систем недоношених новонароджених, повне парентеральне харчування – сьогодення відділень реанімації новонароджених, але це високоінвазивні, коштовні технології, які потребують високої кваліфікації персоналу та мають ризик додаткового ятрогенного ушкодження.

Збільшення виживаємості недоношених новонароджених в значній мірі пов'язано з розвитком новітніх технологій: сурфактантною терапією, різними видами примусової вентиляції легень. Еволюція методів штучної вентиляції легень у недоношених новонароджених призвела до впровадження у практику високочастотної вентиляції, рідинної вентиляції з інсталяцією перфторанів, інгаляції оксиду азоту. У спеціалізованих клініках світу широко впроваджена екстракорпоральна мембранна оксигенація. У протоколи виходжування глибоко недоношених новонароджених також широко включені хірургічні методи перев'язування відкритої артеріальної протоки, рутинного введення рекомбінантних еритропоетинів, скринінгового обстеження органів зору, слуху, ендокринної та спадкової патології тощо. Рутинними стали такі діагностичні методи, як УЗД та МРТ, не кажучи про повсякденність застосування методів нейровізуалізації з метою діагностики та контролю лікування. Однією з умов якісного виживання недоношених новонароджених є розвиток диференційованого повного парентерального харчування, що дозволяє покращити наслідки та зменшити смертність дітей.

Таким чином, високо технологічні методи виходжування недоношених новонароджених – фундамент сучасної інтенсивної

неонатології. Однак з кінця XX сторіччя все більше поширюються принципи гуманізації у неонатології, які передбачають виходжування новонароджених з позицій врахування особливостей родинних відношень, психологічних аспектів, особливо за умов, коли високотехнологічне обладнання займає пріоритетну позицію, витісняючи матір на позицію спостерігача, а саму дитину залишає останнім у ланцюжку інтенсивної терапії.

Тому на теперішній час техногенний розвиток медичної допомоги змінюється на гуманістичний з відповідним протоколом лікування болю, впровадженням нової технології мати-кенгуру, переглядом позицій поведінки персоналу під час роботи та виникнення негативних наслідків.

Посилення тенденції до гуманізації високотехнологічної медицини в Україні найбільш яскраво відобразилося у Наказі МОЗ України № 584 від 29.08.2006 р. «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні», особливо у додатку № 3, де викладені основні принципи технології мати-кенгуру в адаптації до умов держави.

Руйнування старих підходів до виходжування недоношених новонароджених обумовлює створення спеціалізованих мультидисциплінарних центрів з можливістю виходжування, спостереження, обстеження та лікування дітей протягом наступних 3-6 років життя.

S5.2/9 **БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ПАЛІАТИВНІЙ** **ТА ХОСПІСНІЙ МЕДИЦИНІ В УКРАЇНІ**

Ю.І.Губський, Л.П.Брацюнь,
О.М.Бабійчук

ДП «Інститут паліативної та хоспісної
медицини МОЗ України»,
Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
Київ, Україна

Суттєве постаріння населення України, що спостерігається протягом останніх двох десятиріч, зумовлює збільшення кількості літніх людей, які помирають від хронічних неінфекційних захворювань, в першу чергу від злоякісних новоутворень, серцево- та церебросудинної патології. Переважна більшість з цих осіб йдуть з життя вдома, часто наодинці, страждаючи від нестерпного хронічного болю, депресії,

розладів основних фізіологічних функцій організму, за відсутності ефективного знеболення, професійного догляду, соціально-психологічної допомоги, що досягається лише застосуванням методів сучасної паліативної та хоспісної медицини (ПХМ).

Розглядаються такі базові біоетичні принципи ПХМ:

- максимальне покращення якості життя людини за рахунок надання медичної, психологічної, соціальної та духовної допомоги пацієнтам в термінальний період життя;

- позбавлення пацієнта важких страждань, що пов'язані як з розвитком основної хвороби, так і з порушенням функцій різних життєво важливих органів та систем, що мають місце в останні дні та місяці життя. Найбільш відомою та актуальною проблемою є позбавлення онкологічних хворих синдрому нестерпного хронічного болю, що може бути досягнуто лише застосуванням високоефективних анальгетиків опіоїдної природи. Разом з тим, проведений міжнародними та українськими експертами аналіз доступності опіоїдних анальгетиків в Україні свідчить про абсолютно незадовільну ситуацію стосовно застосування препаратів цієї фармакологічної групи в паліативній онкології, особливо при перебуванні осіб похилого та старечого віку поза стаціонаром. Встановлені основні адміністративні, юридичні та фармацевтичні перешкоди на шляху збільшення доступності в нашій країні сучасних лікарських форм опіоїдних анальгетиків для паліативних пацієнтів.

- вирішення питання про можливість та/або необхідність припинення активних медичних втручань, які іноді мають «агресивний» характер, надаючи хворому додаткових страждань на термінальному етапі розвитку важкої невиліковної хвороби. Ця проблема торкається еутаназії, тобто штучного припинення біологічного існування людини, у тому числі ненаданням медичної допомоги, що є законодавчо забороненою в Україні та більшості країн світу, проте лишається надзвичайно складною проблемою, яка торкається базових медичних, загально-гуманістичних, цивілізаційних, релігійних та юридичних питань.

Важливим кроком у вирішенні вказаних актуальних біоетичних проблем є відповідна фахова підготовка лікарів та молодшого медичного персоналу з урахуванням європейського досвіду ПХМ, що розпочата на нещодавно створеній кафедрі паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика.

S5.2/10
ОСНОВНІ БІОЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ
ПРОФЕСІЙНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ**В.В.Синявський***Інститут педагогічної освіти НАПН України, Київ, Україна*

Проблеми біоетики професійної діяльності психологів давно хвилює тих, хто довіряє їм і очікує допомоги. Здатність зрозуміти внутрішній світ людини, збагнути її неповторність і адресно допомогти їй успішно вирішити її проблеми – справа не проста й відповідальна. Специфіка профконсультації полягає в тому, що її об'єктом є людина, цінність якої в суспільстві постійно зростає. І психолог, який має справу з таким складним об'єктом, не має права на помилку. На жаль, на конгресі в Еріче психологія не була включена до сфери зацікавлень біоетики.

Одразу зазначимо, що нормативну основу профконсультаційної діяльності становлять загальноприйняті права людини, а основним критерієм і контролером якості їх дотримання має бути професійна чесність і гуманність самих психологів.

Необхідно відмітити, що вже при розробці сценарію технології професійної консультації психолог повинен дотримуватися ряду професійно-етичних принципів, основними з яких є: а) відповідальність (необхідність відповідати за зміст, інтерпретацію і прийняті в результаті профконсультації рішення); б) компетентність (володіння методологією, теорією і практикою професійної консультації, методами психодіагностики і проведення психодіагностичного обстеження); в) етична і правова правомочність проведення професійної консультації (відповідність статусу й професійно-освітнього рівня психолога існуючим вимогам); г) конфіденційність (збереження професійної таємниці, нерозголошення інформації, отриманої в процесі профконсультації без згоди на те клієнта); д) благополуччя клієнта (дотримання правил добровільності профконсультації, турбота про психологічний стан клієнта в процесі консультації і після її закінчення); е) морально-позитивний ефект профконсультації (використання профконсультації з метою особистісного і професійного благополуччя людини); є) наукова обґрунтованість психодіагностичного інструментарію профконсультації (забезпечення валідності, надійності, точності, достовірності) і його екологічності.

Традиційні професійно-етичні принципи виділені з урахуванням загальноприйнятих уявлень про етику професійної діяльності й можуть бути представлені у вигляді правил, яких повинен дотримуватися кожний психолог: а) не навішуй яр-

ликів, не нашкодь; б) добивайся доброзичливого розуміння кожного клієнта; в) не віднімай права клієнта на самостійне прийняття важливих рішень щодо професійного майбутнього; г) дотримуйся професійного такту; д) прагни до формування у клієнта віри в свої сили, в своє професійне майбутнє; е) дотримуйся міри взаємної відвертості; є) не використовуй можливості профконсультації для вирішення своїх егоїстичних проблем; ж) не використовуй неекологічних, травмуючих, неприємних для клієнта психодіагностичних методик; з) здатність до емоційної взаємодії, «приєднання» до світу клієнта і ведення його у вирішенні проблем. Зрозуміло, що етика професійної діяльності психолога в процесі профконсультації не вичерпується вищевказаними принципами і правилами. Ми ж зупинилися лише на основних з них.

S5.2/11
БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ
ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**Н.Ю.Горностаева, Ю.В.Десятская,**
И.М.Шевченко, Н.В.Шевченко,
Л.И.Дмитриева*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина.**Объединение родильный дом №7, Одесса, Украина.*

Вопросы выхаживания недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела остаются чрезвычайно актуальными в связи с высокой летальностью и высоким уровнем инвалидизации этой категории новорожденных.

Благодаря внедрению современных технологий, позволяющих проводить интенсивную терапию, стало возможным выхаживание недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела (от 500 г). Появилось множество вопросов относительно этических, экономических, и юридических дилемм вокруг выхаживания таких детей. Основным критерием степени незрелости будущего новорожденного является гестационный возраст. По разным данным в эту пограничную группу входят новорожденные от 22 до 24 недель гестационного возраста. Согласно последним рекомендациям «Международного комитета по реанимации» проведение реанимации не показано новорожденным, родившимся на сроке гестации менее 23 недель и с массой тела меньше 400 грамм. Однако данная рекомендация весьма противоречива, так как в ней говорится: «если прогноз не ясен и новорожденный находится в состоянии на грани жизни и смерти – мнение родителей о необходимости проведения реанима-

ции должно поддерживаться».

В соответствии с законодательством Украины реанимация в родильном зале показана всем новорожденным, не зависимо от массы тела или гестационного возраста, если имеется, хотя бы один признак живорожденности.

Несмотря на юридические аспекты данной проблемы, ряд моментов требует дальнейшего обсуждения. Например, имеет ли смысл проводить реанимационное пособие новорожденным с грубыми пороками развития, а также новорожденным с массой тела менее 400 грамм. Согласно последним данным, при проведении реанимации выживание у таких детей маловероятно, а выжившие остаются глубокими инвалидами. Решение о том, чтобы не продолжать активную реанимацию у детей с множественными тяжелыми пороками развития, тяжелыми пороками мозга и в других случаях всегда должно приниматься коллегиально и согласовываться с родителями ребенка после обстоятельной беседы с ними, с разъяснением ситуации и вероятного прогноза. Если есть диагностическая неопределенность, необходимо поддерживать жизнь, пока не будет ответа на все вопросы. Если врач считает, что положительный исход очень маловероятен, необходимо учитывать мнение родителей о необходимости проведения реанимации. Если врач полагает, что благоприятный исход вероятен, реанимация должна проводиться в полном объеме.

S5.2/12
БИОЭТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ
УКРАИНСКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ
ЦЕРКВИ ОТНОСИТЕЛЬНО РАЗВИТИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ**Г.П.Таранюк***Синодальный отдел по благотворительности и социальному служению**Украинской Православной Церкви**Київ, Україна*

Концепция Украинской Православной Церкви относительно развития паллиативной помощи в Украине (принята Священным Синодом УПЦ, журнал № 5 от 25 марта 2009 года) выражает видение паллиативной помощи как таковой и возможные пути ее развития, а также формулирует общий методологический подход рассмотрения неоднозначных с этической точки зрения клинических ситуаций и проблем биомедицинского характера. Его сущность отражена в следующем положении: «Противостояние болезни – борьба за смысл существования человека». Это логико-смысловая формула, в которой

1) левая часть – *противостояние болезни*,

выражает:

личностное отношение к болезни, которое в одинаковой степени может иметь место как у пациента, так и у врача и их окружения;

фактическое содержание усилий медицины и ее задач в отношении болезни, как проблемы человеческого существования;

2) правая часть – *борьба за смысл существования человека*, выражает:

мотивацию поведения, действий и деятельности пациента, врача и их окружения в ситуации оказания медицинской помощи;

смысл усилий медицины и ее стратегическую цель в отношении болезни, как сущностной проблемы.

Понятие *смысл существования человека* апеллирует здесь, как к индивидуальному человеческому бытию (смысл жизни), так и к человеку в родовом отношении в смысле его предназначения, задач и ответственности.

В рамках данного подхода проблема считается разрешенной, если на практике имеет место ситуация, удовлетворяющая сформулированному выше положению, достигается логико-смысловое соответствие (равенство) частей указанного выражения.

В области паллиативной помощи, данный подход, позволяет непротиворечивым образом разрешить этические проблемы, возникающие в части отношений врача и пациента, больного и окружения, информированности больного, стратегии лечения, адекватного обезболивания, и вместе с тем, позволяет оказать существенную духовную и психологическую поддержку больному.

Этот подход, будучи разработанным на основе православно-христианского вероучения, тем не менее, не противоречит иной конфессиональной, а также традиционной светской этике, и обладает высокой степенью общности и потенциалом применения.

S5.2/13
ЕТИКА МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН
ЛІКАР-ПАЦІЄНТ В ЗАКЛАДАХ ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**О.А.Каштелян, В.В.Макареня, Т.Р.Воробей***Поліклініка сімейного лікаря «Русанівка» Київ, Україна*

Процеси трансформації національної системи охорони здоров'я України до реальних ринкових суспільно-економічних умов супроводжуються, на жаль, руйнуванням традиційних морально-етичних постулатів у середовищі медичних працівників і як зазначав академік М.М.Амосов «Етика медиків дуже низька, хоч і вище середньої в суспільстві».

Високий рівень скепсису громадян щодо фактичних знань і вмінь лікарів, зменшення поваги та довіри пацієнтів на тлі комерціалізації їхніх міжособистісних відносин, – викликають обґрунтовану стурбованість медичної спільноти і пошук ефективних шляхів протидії цим негативним явищам.

У цьому дискурсі прийняття у кінці 2009 року першого у новітній історії нашої незалежної держави Етичного кодексу лікаря України є вкрай важливими і актуальним заходом щодо регламентації морально-етичних і деонтологічних аспектів діяльності лікаря на шляху охорони здоров'я і профілактики захворювань від народження людини до настання смерті.

У Кодексі досить повно визначено континuum компетенції лікаря-професіонала як суб'єкта медичної спільноти, для якої найголовнішим деонтологічним постулатом є співчуття хворому та безкорисливе бажання допомогти страждаючій людині покращити стан здоров'я.

Ось чому з метою ознайомлення лікарів з сучасними проблемами і досягненнями світової та вітчизняної медичної науки і практики ми запровадили щомісячні дні інформації, під час яких обговорюється також і питання медичної етики та деонтології.

Так, за результатами опитування лікарів найбільший інтерес викликали питання прикладної етики, наприклад: як визначити межу між етикою обов'язку і етикою співжалью при спілкуванні лікаря із важко хворою людиною; етика медика, кланова мораль та загальнолюдські норми поведінки; моральність та особливості відносин з пацієнтами в умовах ринкової економіки; деонтологічні принципи етичного Кодексу лікаря України тощо.

Таким чином, включення у тематику Днів інформації проблематики корпоративної етики є суттєвою складовою процесу формування сучасного лікаря-професіонала, здатного до співчуття пацієнту, солідарності та допомоги хворому покращити стан його здоров'я.

S5.2/14 ЕЛЕМЕНТИ БІОЕТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ МЕТОДОМ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ, ПОЛЯРИЗОВАНИМ СВІТЛОМ, СТРУКТУРОВАНОЮ ВОДОЮ В ПЕДІАТРІЇ. РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Н.М.Марцафей

Дитяча обласна клінічна лікарня, Херсон, Україна.

Застосування базисної терапії, досить часто, при різних захворюваннях не вирішує проблему гіпоксії, яка при цьому виникає. Тому гіпербарична оксигенація (далі ГБО) являється універсальним патофізіологічним та патогенетичним методом в комплексі лікування. Використання

методу ГБО в дитячій обласній клінічній лікарні впроваджено з 1989р. Комплексне лікування гіпербаричним киснем та поляризованим світлом використано з 2004р., структуровану воду в комплекс лікування включено з 2009р. Сеанси ГБО з лютого 2009р. проводяться на апараті типу БЛКС – 3-01 у відділенні анестезіології. Постійне проведення гіпербарії на низьких тисках (0,2 – 0,3 АТІ) – з 2004р. За перший квартал 2008р. проведено 93 сеанси, за перший квартал 2009р. – 100 сеансів, за перший квартал 2010р. проведено 159 сеансів. Сеанси ГБО одержували діти з різною патологією (отруєння чадним газом та метгемоглобіноутворювачами, в травматології, при склеродермії, геморагічні васкуліти, макулодистрофії, цукровий діабет, остеомієліти та ін.). За перші 3 місяці 2010р. комплекс лікування (ГБО, поляризоване світло, структурована вода) вперше одержали дві дитини з хронічним остеомієлітом. Отримано значний позитивний результат у лікуванні, підтверджений рентгенівськими знімками, лабораторними аналізами та покращенням загального стану хворого. Гіпербаричний кисень зменшує гіпоксію тканин, поляризоване світло потенціює дію ГБО, а структурована вода (природна) відновлює циркуляцію енергії. Це скорочує термін лікування та дає можливість взяти на сеанси більшу кількість дітей. Елементи клінічної біоетики («біля ліжка хворої дитини») є обов'язковими, а саме: індивідуальна бесіда з кожним хворим та його батьками про проведення даних лікувальних процедур, ознайомлення кожної дитини з інструкцією її поведінки в бароапараті, з принципами роботи апарату «Біоптрон» та необхідності вживання структурованої (хрещенівської або корпоративної «Доюань КНР») води. Проведення роз'яснювальної розмови про позитивну дію природних чинників – кисню, поляризованого світла та структурованої води дає додатковий позитивний ефект при використанні цих методів лікування в комплексі. Вважаємо за необхідне проведення подальших спостережень, наукових обґрунтувань, проведення етичних експертиз біомедичних досліджень та подолання рутинності методу гіпербаричної оксигенації.

P5/1 БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СЛАБКОЗОРИХ ВНАСЛІДОК ГЛАУКОМИ

А.Б.Мішенін

*Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»
Київ, Україна*

Сліпота та слабкозорість є однією з проблем системи охорони здоров'я як у світі, так і в Україні. Всесвітня організація охорони здоров'я

(ВООЗ) визнає сліпоту та слабкозорість однією із основних проблем світової охорони здоров'я, що відзначено в першій Глобальній програмі боротьби зі сліпотою (1978), а в 2000 році під її егідою розпочалась реалізація Всесвітньої програми «Зір 2020» під гаслом «Право на зір».

Глаукома є однією з домінуючих причин необоротної сліпоти та інвалідності, пов'язаної з патологією органу зору, що обумовлює велике соціальне значення та необхідність удосконалення заходів, спрямованих на збереження зору, попередження інвалідизації та медико-соціальної реабілітацію багаточисельного контингенту хворих.

Реабілітація – комбіноване застосування медичних та соціальних заходів з метою забезпечити хворому найбільш можливий для нього високий рівень функціональної активності. Кінцевою метою таких заходів є повернення до суспільно-корисної, активної трудової діяльності у відповідності до функціональних можливостей хворих, постраждалих та інвалідів. Сучасні досягнення медичної науки створили реальні передумови до розробки та впровадження у практику системи охорони здоров'я нових принципів відновлювального лікування пацієнтів на глаукому. Однак, однією із не вирішених біоетичних проблем у реабілітації хворих на глаукому є їх доцільність. Тому, метою даного дослідження було визначити клінічну ефективність різноманітних форм та методів реабілітації зорових функцій у хворих з глаукомою у санаторно-курортних умовах.

Нами проведено дослідження клінічної ефективності реабілітації хворих на глаукому на базі очного відділення санаторію ім. М. Горького (м.Одеса) – 2271 пацієнта з глаукомою (період дослідження – 2000–2008 роки).

Було встановлено, що в групі хворих з І–ІІІ стадіями глаукоми, в ранні строки після антиглаукомних операцій (до 3-х місяців), на тлі стихання запального процесу в оці та формування «фільтраційної подушки» відмічається нормалізація внутрішньо очного тиску (ВОТ) (95 % пацієнтів), підвищення гостроти зору вдаль (70,0 %) та розширення периферичних границь полів зору (69,0 %). В групах хворих з раніше оперованою (більш 3–х місяців) та неоперованою глаукомою І–ІІІ стадій у 84 % хворих після проведеного лікування спостерігалась компенсація та стабілізація перебігу глаукомного процесу, відмічається нормалізація рівня ВОТ (98,4 %), підвищення гостроти зору вдаль (62,6 % та 48,7 %, відповідно), розширення периферичних границь полів зору (63,1 % та 50,4 %).

Таким чином, використання санаторно-курортного лікування для реабілітації хворих

на глаукому (І–ІІІ стадіями) є перспективним для відновлення у них зорових функцій та стабілізації патологічного процесу. З біоетичної позиції – раннє спрямування слабкозорих хворих із глаукомою в санаторно-курортні заклади дозволяє забезпечити основні права хворих на медичну допомогу та дотриматись базових етичних принципів в охороні здоров'я.

P5/2 ПРОБЛЕМА БІОЕТИКИ У КЛІНІЧНІЙ ОНКОЛОГІЇ

Г.О.Вакуленко, І.Р.Кужель, О.В.Калачов
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Кафедра онкології, Київська міська онкологічна лікарня, Київ, Україна

Прогрес сучасної біологічної науки та медичної практики дозволяє впливати на етіологічні чинники та ланки патогенезу багатьох захворювань, контролювати життєві функції та підтримувати життєдіяльність організму людини тривалий час. Однак розвиток медицини та ступінь її втручання у життя людини ставить перед сферою охорони здоров'я та суспільством загальом ряд важливих питань.

У клінічній онкології актуальними є питання біоетики, що стосуються залучення пацієнтів до клінічних досліджень, застосування стовбурових клітин та особливо питання евтаназії. Що є одним із найскладніших питань біоетики та відображає базовий конфлікт між правом пацієнта, як особистості розпоряджатися своїм життям, в тому числі визначати його тривалість, та обов'язком, мірою відповідальності перед собою та суспільством. Важко чітко окреслити критерії, які дозволять визнати таке право за людиною. Часто, прохання допомогти піти з життя є завуальованим зверненням за допомогою. Однак неможливо відкинути і об'єктивну тяжкість страждань, що приносить хвороба людині, її співвідношення з можливостями сучасної медицини надати адекватну медичну та психологічну допомогу пацієнту, забезпечити прийнятний рівень життя.

Важливо згадати про значення фактору суб'єктивності в медицині. По суті, наявні критерії та керівництва є не чим іншим, як прийнятими більшістю наукової спільноти догмами, що базуються на системі теоретичних знань та емпіричних даних. Вони відображають сучасне бачення проблеми на етіологію, патогенез та способи лікування захворювань і не є абсолютними істинами. В кожному конкретному випадку лікар використовує не лише світовий досвід, але і власний, переносить особистісне бачення на ситуацію хвороби. Це виявляється

у проблемах, що залишаються під поверхнею, а саме, пов'язані з вибором лікувальної тактики, що потенційно впливає на якість життя хворого, визначає критерії зміни терапевтичної тактики – визнання пацієнта інкурабельним та перехід від радикального лікування до надання паліативної допомоги, загалом підбір таких способів та методів реалізації медичної допомоги, що дозволяють досягати оптимального терапевтичного ефекту та сприяти збереженню фізичного та психологічного благополуччя пацієнта.

Питання біоетики у медичній практиці є багатогранним та містить багато знаків запитання. Втручання у тонку матерію основ того, що називають життям ставить перед медичною наукою та філософською думкою в новому аспекті питання про сутність життя, і пов'язаних з ним екзистенційних категорій – свободи, волі, вибору та відповідальності людини, що має вирішуватися у міждисциплінарній взаємодії біологічних та суспільних наук.

P5/3 ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПРАЦЮЮЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ПРОФЕСІЙНИЙ РАК

Д.В.Варивончик, О.І.Ременник
*ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»,
Київ, Україна*

Складна демографічна ситуація в Україні обумовлена значними рівнями смертності населення на фоні низької народжуваності. Однією із провідних причин смертності населення в країні є – онкологічні захворювання, від яких щороку помирає більш 87 тис. осіб. За нашими даними, щороку в Україні біля 2,7 тис. нових випадків раку обумовлені впливом на працівників канцерогенних факторів на робочому місці. Лише прямі втрати держави внаслідок цієї патології становлять щороку біля 54 млн. грн. Боротьба із раком ґрунтується не тільки на покращенні надання медичної допомоги хворим, а перед усім – в профілактиці його виникнення.

З метою зниження захворюваності працюючого населення раком МОП в 1974 році прийняла *Конвенцію №139 «Про боротьбу з небезпекою, що викликана канцерогенними речовинами та агентами у виробничих умовах, та заходи профілактики»*, яка ратифікована ВР України 10 березня 2010 р. Одним із напрямків попередження впливу на працівників канцерогенних агентів на робочому місці є: «... вживання заходів для заміни кан-

церогенних речовин та агентів, ..., не канцерогенні речовинами чи агентами або менш шкідливі речовини чи агенти» (ст. 2 п.1) та «... скорочення кількості та експозиції працівників, які зазнають впливу канцерогенних речовин чи агентів на виробництвах...» (ст. 2 п.2).

З етичної точки зору, доцільним є розпочати процес із створення нормативних документів: «Переліку канцерогенних агентів, заборонених для промислового ввозу, використання та утилізації в Україні» («Червоний перелік») та «Переліку канцерогенних агентів, контрольоване використання яких дозволяється в Україні» («Жовтий перелік»).

На теперішній час до базових принципів формування вищезазначених Переліків необхідно віднести: віднесення агента до I групи за IARC (доведена канцерогенність для людини); масштаби їх промислового використання; можливість створення умов для забезпечення їх контрольованого використання. Станом на січень 2010 року до I групи за IARC було віднесено 108 агентів, сумішей та виробництв, із них промислове використання мають – 46 агентів (в т.ч. хімічних – 32).

На сьогоднішній час до «Червоного переліку» доцільним є включення наступних хімічних речовин [№ CAS]: азбест (актиноліт [77536-66-4], грунеріт (амозит) [12172-73-5], антофіліт [77536-67-5], крокодиліт [12001-28-4], тремоліт [77536-68-6]) та суміші, виробу, що містять його; 4-амінодифеніл та його солі [92-67-1]; бензидин, його солі та фарби, що містять його [92-87-5]; діоксин (2,3,7,8-тетрахлородібензо-пара-диоксин [1746-01-6]; еріоніт [66733-21-9]; іприт (гірчичний газ) [505-60-2]; сланцеві масла [68308-34-9]; 2-нафтиламін та його солі [91-59-8]. Інші канцерогенні агенти (хімічні та фізичні) I групи канцерогенності, що знаходяться використання у промисловості, повинні бути віднесені до «Жовтого переліку» із забезпеченням жорстких вимог з боку держави щодо їх контрольованого використання у виробництві: інформування працівників про існуючі загрози для їх здоров'я; забезпечення постійного моніторингу за гігієнічними умовами праці та дотриманням техніки безпеки; облік та медичний нагляд за працівниками; забезпечення соціальних пільг для працівників, що захворіли на професійний рак.

Створення та введення у дію таких нормативно-правових документів дозволить підвищити відповідальність роботодавців за стан умов праці та здоров'я працівників. З етичної точки зору, такі обмеження дозволять забезпечити реалізацію базових біоетичних принципів боротьби із раком (відповідно до

Резолюції 47-ї Сесії IARC, березень 2005 р.): *безпека, повага, милосердя, законність* та створять умови для зниження рівнів онкологічної захворюваності в країні.

P5/4 ETHICAL ASPECTS OF INTERMITTENT HYPOXIA APPLICATIONS TO MEDICAL AND FITNESS PRACTICE

Tatiana Serebrovska¹, Alexander Serebrovsky²

¹*Bogomoletz Institute of Physiology, Kiev, Ukraine*

²*Institute for Mathematical Machines and System Problems, Kiev, Ukraine*

It is known that Intermittent Hypoxia Training/Treatment (IHT) is an effective stimulus for evoking the respiratory, cardiovascular, and metabolic adaptations. It augments exercise tolerance by enhancing stress resistance and improving oxygen delivery. During last decade the interest to IHT among sport teams and fitness clubs raised manifold. Meanwhile, a reduction in the partial pressure of inspired oxygen may be the risk factor threatening negative events and even sudden death. During the past few years numerous debates about the ethical evaluation of diagnostic and therapeutic use of hypoxia in humans are observed. Although the papers devoted to this problem obtained the approval from the Human Investigation Ethics Committees, there is the lack of evidences about strong evaluation of risk/ benefit ratio. The analysis of such ratio and the creation of standardized guide-lines for hypoxic treatment/training application are complicated due to the differences in criteria for individual dosage and utilized methods. Therefore new mathematical methods could be applied to estimate the safety and effectiveness of intermittent hypoxia applications. One of them is «Method of Expert Assessing Scales». It helps to determine the danger degree at the most early stage of its development and fulfilling well-timed actions for danger prevention. It includes the description of: a) hazard causal factors; b) situations as a set of values of causal factors; c) influences of separate factors on the origin of basic events; d) joint influence of factors on basic events probability. The methodology provides the forming of the system of indexes characterizing the risk of IHT negative effects and determination of legitimate value scopes for basic physiological parameters; creation of the classification system allowing to set human individual cardio-respiratory reactivity; development of proper IHT regimen for every

class of individual reactivity taking into account the features of different kinds of sports. The last stipulates the sampling of initial and final oxygen concentration in inspired air, time lag for every IHT session and breaks. Thus, such approach will help to diminish human factor in prescription of IHT applications and simplify ethical problems.

P5/5 ПИТАННЯ БІОЕТИКИ В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ

**О.П.Гнатко, Н.О.Захаренко,
О.С.Кривопустов**
*Національний медичний університет ім.
О.О.Богомольця, Київ, Україна*

Акушерство з біоетичних міркувань є надзвичайно особливим, поскільки лікар має справу з двома пацієнтами. Виникає питання коли плід стає пацієнтом, при цьому має місце спроба виділити незалежний моральний статус плода, котрий ґрунтується на його власних характеристиках, незалежних від вагітної жінки, медичних працівників, держави або інших людей та організацій. Не дивлячись тисячолітні обговорення цього питання, єдиної відповіді не існує, проте в усіх випадках етичні зобов'язання по відношенню до плоду мають балансуватися проти зобов'язань по відношенню до вагітної жінки. Сесія Ради Європи з біоетики (1996) ухвалила, що ембріон є людиною вже на 14 день після зачаття, однак, в цей час ще не кожна жінка знає про те, що вона вагітна.

Надзвичайно актуальними є біоетичні питання щодо штучного запліднення. Існує декілька директив, які виходять з рекомендацій Парламентської асамблеї Ради Європи (1969) і рішень Комісії з прав людини: виходячи з того, що «за допомогою запліднення in vitro людина дістала можливість втручатися в людське життя і впливати на її розвиток на початкових стадіях», то на «ембріон і зародок людини при всіх обставинах розповсюджується вимога пошани людської гідності... таким чином, вже з цієї миті права людини мають основоположне значення».

Центральне місце в біоетиці займає проблема абортів з огляду на різноманітні аспекти етичного плюралізму, що становлять відмінну рису сучасного демократичного суспільства.

Важко переоцінити значення медико-генетичного консультування для сучасної перинатології, при цьому одним з головних біоетичних принципів є його недирективність.

Завжди слід пам'ятати про існування права пацієнта на конфіденційність. Так, біоетичні проблеми ВІЛ/СНІДу в перинатології є достатньо гострими. Формування толерантності суспільства до ВІЛ-інфікованих – один з головних напрямків стримування епідемії ВІЛ/СНІДу.

В цілому, в біоетичних аспектах сучасного акушерства та перинатальної медицини особливу увагу слід приділяти такому колу питань як генетика людини, зачаття, пологи, підходу до плода як особи і пацієнта, питань про припинення вагітності та фетіциду, новим репродуктивним технологіям, науковим дослідженням щодо використання стовбурових клітин, питанням клонування, материнсько-фетальних взаємовідносинах, скринінгу, антенатальній діагностиці і консультуванню, недоношеності, ВІЛ-інфекції, наркотичній залежності при вагітності, терміновому розродженню, акушерським втручанням «на вигоду».

Безумовно, слід пам'ятати, що успішно розвивається лише те суспільство, яке здатне слідувати благочинним етичним принципам. «Хто рухається вперед в знанні, але відстає в моральності, той більш йде назад, ніж вперед», – казав Аристотель.

P5/6 BIOETHICS PROBLEMS IN THE PSYCHOLOGIST EDUCATION IN POLAND

Urszula Kontny, M. Czapka, V.Kozik
*Bytom University of Economics and
Administration, Bytom, Poland*

It should be noted that bioethics is not only the interest of medical science. The psychological literature states that – «Bioethics (Bioethics), is an area of ethics and moral values research in relation to medicine and sciences such as biology, physiology or psychology. The concept of ethics in social psychology and sociology is related to the description of a social phenomenon from the perspective of an observer from outside, for example, a researcher, as opposed to a participant in the social situation. It is important that the issues of bioethics must be taken into account in the training of psychologists. In educational standards of psychologist's education in Poland is written that, the psychologist is a profession of public trust. This should be taken into account that the person following a profession of psychologist must have a high ethic level. Therefore, it is assumed that a psychology student should know the values

of the profession of psychologist. Ethnicity professional psychologist must be based on: autonomy, subjectivity, privacy rights, integrity and confidentiality as fundamental principles of customer relationship with the psychologist. In addition, the student of this direction is required to gain knowledge about specific implementation of ethical principles in psychological diagnostics, providing psychological support (psychotherapy in particular) and in scientific research. According to educational standards in students of psychology, the effect of education on the ethics of the psychology profession should be the acquisition of skills and competencies necessary to recognize and identify ethical dilemmas related to psychological practice and the application of safeguards to protect against the violation of fundamental principles of the profession. General issues of ethics in the educational process should be extended to issues of bioethics, especially for the education of specialists including the psychology of health, but not only. This is because the close relation of medicine and health psychology. Can serve as a confirmation of what we said, the affirmation of G. D. Bishop, who characterized the psychology of health and related fields with his book – medical psychology deals with the methods of clinical psychology to the health problems, psychosomatic medicine is a specialty dedicated to biomedical factors in the development of mental and physical diseases. Behavioral medicine is science that uses an interdisciplinary theory and practice for the treatment of behavioral sciences and health. The ethical issues are inextricably linked with the psychologist, and the bioethics issues should be associated with the use of knowledge and methods of psychology in medical science. By adopting such approach should be to provide students with the psychological knowledge, both from the ethics of the profession, as well as knowledge of bioethics. The modern medicine, in their development, increasingly has to reckon with the bioethics opinion.

P5/7 ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ЦНС У ДІТЕЙ

Л.Г.Кирилова, О.А.Шевченко, В.І.Лисиця
*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України», Київ, Україна*

Пренатальна діагностика вродженої патології є одним з найбільш перспективних напрямків в перинатології. Слід зазначити, що на фоні зни-

ження показника смертності дітей до одного року, в Україні протягом останніх років збільшується питома вага перинатальних уражень, особливо центральної нервової системи. Аналізуючи вроджені вади розвитку ЦНС, необхідно відзначити, що у вагітних можливо запобігти народженню дітей з вадами розвитку ЦНС, якби нейрорадіологічне дослідження головного мозку плода (МРТ) було проведено вчасно і вагітні та їх родини були своєчасно інформовані про тяжкі наслідки постнатального розвитку дитини. Це обумовлює раннє застосування сучасних перинатальних технологій, удосконалення на підставі їх результатів тактики ведення вагітності і пологів, а також надання новонародженому у перші дні життя відповідної профілактичної медикаментозної допомоги. Разом з тим, слід підкреслити, що в процесі діагностики вроджених вад розвитку ЦНС виникає ряд етичних проблем, провідними з яких є вирішення питання про переривання чи продовження вагітності.

Етичним є надання повної, правдивої інформації за відсутності тиску на родину, навіть якщо вона відмовляється від проведення пренатальної діагностики чи переривання вагітності при тяжких аномаліях у плода. Тому специфіка роботи лікарів, що пов'язані з пренатальною діагностикою стану плода, пред'являє до них не лише професійні, але й високі психологічні вимоги, а також моральні і етичні. Особливо важливі такі принципи біоетики, як принцип поваги гідності особистості, принцип «не зашкодь», принцип «роби благо», принцип справедливості, принцип уразливості, принцип цілісності з їх реалізацією через правила інформованої згоди (участь у цьому процесі в даному випадку батьків), правдивості, приватності, лояльності та конфіденційності. Обов'язок і етичне зобов'язання казати правду, зокрема, під час пренатальної діагностики, є проявом поваги до інших людей. Саме в медицині воно знаходить вираз у повазі до автономії, що лежить в основі стандарту інформованої згоди. Згода не може бути автономною, якщо вона не опирається на правдиву інформацію. При цьому моделі взаємин лікаря і пацієнта можуть бути різними – автономна, патерналістська, інтерпретаційна, технологічна, а дотримання принципів біоетики дозволяє лікарю реалізовувати діалогічну модель взаємовідносин лікар-пацієнт, модель довіри і взаєморозуміння, і, таким чином, виходити на якісно новий рівень взаємин. Самі ж пренатальні дослідження слід проводити дуже ретельно для запобігання помилок і некоректних прогнозів.

Виходячи із зазначеного вище, необхідним є подальше удосконалення пренатальної діагностики і поглиблення знань щодо подальшо-

го розвитку плода з поєднанням в професійній роботі біоетичних принципів, що дозволить зробити вагомий внесок у покращення здоров'я Української Нації.

P5/8 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГОВОЇ НЕІНВАЗИВНОЇ ГЕМОГЛОБІНОМЕТРІЇ У ПОСТТРАЖДАЛИХ МІСЖАНЦІВ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Осадців І.В.
*КЛПЗ «Чернігівський обласний центр
радіаційного захисту та оздоровлення
населення», Чернігів, Україна*

Рішення апаратної наради МОЗ України від 8 липня 2002 року визначило одним із основних завдань для КЛПЗ «Чернігівський ОЦРЗОН» – масове скринінгове обстеження сільських мешканців, що проживають в зоні радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи. Мета скринінгового обстеження в умовах сільських ФАПів – рання діагностика гематологічної та онкологічної патології. Як показала практика, простих скринінгових оглядів лікарями ендокринологом та онкологом буває недостатньо для виявлення цієї патології, а проведення ендоскопічних та УЗД вимагає значну кількість часу.

Анемічний синдром, як універсальний стан, що характеризується зниженням рівня гемоглобіну в крові людини, виступає проявом ряду захворювань, зокрема гематологічних та онкологічних. Беручи до уваги відсутність можливості проводити клінічний аналіз крові в умовах сільських ФАПів з причини належних санітарно-гігієнічних умов і відсутності на ФАПах лабораторного обладнання та посад лаборантів, цілком доцільно використати неінвазивну гемоглобінометрію, що не вимагає транспортування лабораторного обладнання, додаткової посадки лаборанта в складі виїзної бригади, а може проводитись лікарем-гематологом протягом однієї хвилини під час скринінгового прийому цього спеціаліста в сільському ФАПі.

З цією метою використано діючий експериментальний зразок портативного приладу для неінвазивного вимірювання концентрації гемоглобіну, еритроцитів і показника гематокриту в біотканині людського організму *in vivo*, створений в Київському інституті кібернетики. Дослідження на 100 пацієнтах по 300 вимірювань у кожного, підтвердили наявність кореляції між показниками неінвазивної гемоглобінометрії та лабораторними вищеоз-

наченими показниками, індекс кореляції Пірсона коливався від 0,67 до 0,7 в залежності від показника крові, із яким порівнювали. Таким чином встановлено можливість використання неінвазивної гемоглобінометрії для скринінгового обстеження постраждалого населення в умовах сільських ФАПів.

Враховуючи велике значення скринінгового обстеження постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи населення Чернігівщини з метою ранньої діагностики гематологічної та онкологічної патології, проведення масової неінвазивної гемоглобінометрії як методу діагностики анемічного синдрому в умовах сільських ФАПів, має вагоме медико-соціальне значення.

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ НОВИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

S6/2 ЕТИКА ДОНАЦІЇ ГАМЕТ ТА ЕМБРІОНІВ

Ф.В.Дахно
*Інститут репродуктивної медицини, Київ,
Україна*

Резюме. Представлені етичні міркування відносно донації гамет та ембріонів. Виділені проблеми, які стосуються значення генетичних зв'язків, регулювання стосунків учасників програм донації та благополуччя майбутньої дитини. Розглядаються питання анонімності, компенсації за донацію, оформлення згоди всіх учасників та допустимі межі інформації про донорів та реципієнтів.

Ключові слова: *етика, донація гамет, донація ембріонів, оплата, згода*

Основні принципи. При відсутності або патології чоловічих чи жіночих гамет єдиним рішенням виправити ситуацію може бути донація гамет чи ембріонів, що дозволить отримати потомство без генетичного зв'язку для одного, або обох із подружжя. Донація може допомогти уникнути передачі потомству генетичної патології і являється надзвичайно чутливим предметом для використання, тому що вклинюється в проблему генетичного походження – центральної складової більшості громад.

Права та обов'язки відносно генетичного походження вирішує суспільство через законодавство. Поскілки репродукція людини є суспільною категорією (і соціально, і юридично), то суспільство може регулювати донацію гамет та ембріонів. Деякі країни обмежують використання донорських гамет та ембріонів, у інших донація ембріонів регулюється більш строгими інструкціями, ніж донація гамет. У всіх випадках програми донації гамет та ембріонів виконують команди високих професіоналів, які обов'язково на перше місце ставлять питання про благополуччя майбутньої дитини.

Анонімність. До цього часу немає ідеального вирішення проблеми анонімності. Це

зумовлено тим, що права одного із учасників програми донації можуть не співпадати з правами іншого. Найбільш прийнятним є подвійний підхід, що враховує баланс всіх інтересів:

Донор може за своїм бажанням брати участь в програмі як відомий або анонімний;

Реципієнти можуть вибрати відомого їм донора, або анонімного.

Запропонована схема надає право донору вирішувати питання своєї ідентифікації, рівно як і реципієнтам самостійно вирішувати питання збереження анонімності програми донації.

Незалежно від анонімності донор проходить повне обстеження. Звичайно, дуже мало донорів погоджуються відмовитися від анонімності.

Не анонімна донація. Питання надання інформації потомкам, які досягли 18 років, про їх походження від донорських гамет чи ембріонів, викликає дискусію. Проте, якщо в програмах лікування безпліддя беруть участь друзі, або члени сімейства, треба мати на увазі можливість в майбутньому конфліктів. З часом можуть мінятися взаємовідносини друзів і родичів, мінятися їх уява відносно прав та обов'язків щодо дитини. Якщо ж запрошуються рідні брати чи батько, це завжди предмет занепокоєння із-за складності визначити статус дитини в межах сімейства. Ці питання потребують довгострокового вивчення.

Відбір і обстеження донорів. Вимоги до донорів сперми (ДС):

- вік донора від 20 до 40 років та бажано наявність народженої здорової дитини;
- відсутність негативних фенотипічних проявів;
- відсутність соматичних захворювань, які можуть негативно вплинути на здоров'я майбутньої дитини та відсутність протипоказань до ДС;
- відсутність спадкових захворювань;
- відсутність шкідливих звичок: вживання наркотичних та токсичних речовин;
- зловживання алкогольними напоями.

Вимоги до донорської сперми:
- об'єм еякуляту повинен перевищувати 1 л;

- концентрація спермій повинна бути більше 40 млн. в 1 мл еякуляту;
- наявність прогресивно-рухомих форм (A+B) більше 50%;
- доля морфологічно-нормальних форм більше 60%;
- кріотолерантність (виживання спермій після кріоконсервації / відтаювання).

Обстеження донорів сперми:

- визначення групи крові і резус-фактора;
- висновки терапевта ;
- медико-генетичне обстеження та каріотипування;

- аналіз крові на сифіліс, ВІЛ, гепатити В і С.

Перелік необхідних документів, для здійснення донації сперми:

- заява донора сперми;
- індивідуальна картка донора сперми (заповнюється і кодується лікарем).
- журнал обліку, зберігання і використання сперми донорів;
- лікар – уролог здійснює медичний огляд донора, контроль за своєчасністю проведення і результатами лабораторних досліджень згідно з календарним планом;

- лаборант-ембріолог проводить процедуру заморожування і розморожування сперми, оцінює якість сперми до і після кріоконсервації, забезпечує необхідний режим зберігання та використання сперми, веде облік біоматеріалу.

У банку сперми повинні бути антропометричні і фенотипічні дані донорів.

**S6/3
ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ****А.Г.Резников**

ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П.Комиссаренко НАМНУ», Киев, Украина

Решения трудных этических дилемм («польза-вред», «эффективность–безопасность» и др.) ждут многие направления репродуктивной медицины.

Гормональная контрацепция. Благодаря гормональной контрацепции (ГК) удалось значительно уменьшить число абортів, сохранить здоровье и фертильный потенциал женщины, лечить ряд заболеваний. Однако применение ГК в странах западной цивилизации способствовало раннему началу половой жизни девочек, а в Африке – распространению СПИДа (реже пользовались презервативами). В выборе контрацептива большое значение имеет комплаенс, то есть пред-

почтение врачом и пациентом того или иного препарата. Недобросовестная конкуренция между производителями средств ГК способна дезориентировать и врача, и пациента. Примером может служить неоправданная паника, возникшая после опубликования в «Британском медицинском журнале» статьи о связи венозных тромбозов с применением комбинированных оральных контрацептивов.

Заместительная (менопаузальная) гормональная терапия. Доказана ее эффективность в отношении вегето-сосудистых и других проявлений климактерического синдрома, профилактики остеопороза, некоторых форм рака, нейродегенеративных заболеваний. Однако неправильная трактовка результатов некоторых исследований, например, «Инициативы во имя здоровья женщины» (США), проведенных с методологическими ошибками, раздула пожар недоверия к данному методу, который до конца не удалось погасить.

Оперативная гинекология. Нарушением врачебной этики считается неоправданная хирургическая активность и удаление органов репродукции вместо применения органосохраняющих методик.

Беременность. Применение натуральных гормонов для сохранения беременности предпочтительнее синтетических. Этические проблемы возникают и при назначении беременным препаратов для лечения экстрагенитальной патологии, учитывая недостаточность сведений об отдаленных последствиях для здоровья потомства.

Искусственное прерывание беременности. Эта исключительно болезненная в этическом отношении проблема едва ли получит окончательное решение. Аргументы религиозного характера против абортов воздействуют только на верующее население. По-видимому, больше перспектив в борьбе с абортами имеет повышение общей культуры и информированности о вредных, подчас необратимых, последствиях этой процедуры.

Вспомогательные репродуктивные технологии. Этически оправданным и необходимым является увеличение объема государственного финансирования циклов фертилизации *in vitro*, причем как в государственных, так и частных медицинских центрах. С другой стороны, необходимо более взвешенно подходить к применению подобных процедур у женщин с гиперандрогенными состояниями (поликистоз яичников и др.), создающими риски для здоровья плода.

**S6/4
ПРОБИОТИКИ: БИОЭТИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ****В.П.Широбоков, Д.С.Янковский,
Г.С.Дымент**

*Национальный Медицинский Университет
Имени А.А.Богомольца,
Научно-производственная компания
«О.Д. Пролисок».
Киев, Украина.*

Все живые организмы существуют на поверхности Земли, формируя специфическую пленку жизни на нашей планете – биосферу. Основу биосферы составляют микроорганизмы, древние предки которых первыми заселили Землю и сыграли исключительную роль в формировании современной «живой» планеты. Микроорганизмы в силу своей многочисленности, по сути, являются средой, в которой развиваются другие формы живой материи, в том числе и человек.

В современном понимании нормальную микрофлору человека считают дополнительным жизненно важным органом, который в виде биологически активной пленки обволакивает слизистые оболочки полых органов и кожу человека. Этот специфический орган выполняет огромное количество жизненно важных функций, которые не может выполнить ни один из других органов или систем, поэтому нарушения в микробной экологии неизбежно отражаются на состоянии здоровья.

К сожалению, человек, который не способен выжить в биосфере без содействия симбиотических микробов-союзников, на протяжении всей своей истории не прекращал жестокой борьбы с микробным миром. Результатом многолетней, но безуспешной борьбы с миром микробов явилась быстрая его эволюция в направлении повышения патогенного потенциала, что негативно отразилось на здоровье населения. В частности, наблюдается неуклонное увеличение детей и взрослых с дисбиозами (дисбактериозами), выражающимися в повреждении микробной экосистемы и рассматриваемыми как одна из серьезных болезней цивилизации.

Для восстановления нормальной микрофлоры и профилактики дисбиозов используются пробиотики. Несмотря на неуклонное расширение ассортимента пробиотиков, не все препараты соответствуют биоэтическим требованиям, которые к ним предъявляются. Пробиотики должны быть безопасными для здоровья всех категорий населения, иметь высокую колонизационную активность, до-

казанную клиническую эффективность, мультикомпонентный состав, соответствующий «местной» в географическом отношении физиологической микрофлоре.

Группой украинских ученых разработана уникальная серия мультипробиотиков последнего поколения «Симбитер®» и «Апибакт®», которая не имеет мировых аналогов и отвечает всем этим требованиям.

**S6/5
БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ
ПРОТИПУХЛИННИХ ВАКЦИН В
КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ
ХВОРИХ****Г.П.Потебня, Т.В.Симчич, І.М.Воейкова**

*Інститут експериментальної патології,
онкології і радіобіології ім. Р.Є.Кавецького НАН
України, Київ, Україна*

Питання вакцинації є складною біоетичною проблемою і темою гострих дискусій в суспільстві. З самого початку виникнення вакцинації як такої, постійно знаходились опоненти, які проголошували, що вакцини не завжди ефективні, що вони є або можуть стати небезпечними, а для попередження хвороби краще покладатися на інші засоби. Причиною цієї критики був не тільки обскурантизм, але й індивідуалізованість дії вакцини: завжди існує певна (хоч дуже й дуже невелика) ймовірність, що введення вакцини зашкодить людині. На сьогодні, коли завдяки масовій вакцинації ряд інфекційних захворювань відійшли в історію, а інші – стали забирати набагато менше жертв, як не дивно, антивакцинальні настрої, навпаки, набули широкого поширення. Виникає питання, чи можуть ці настрої перекинутися і на протипухлинні вакцини (ПВ)?

Слід сказати, що ПВ в дечому принципово відрізняються від класичних вакцин. Насамперед, вони є не профілактичними, а терапевтичними (за винятком вакцин проти вірусів папіломи людини, які викликають рак шийки матки). Таким чином, їх застосовують не для широкої маси здорових людей, а як додатковий засіб у терапії онкохворих. Тому, як правило, ПВ не потрапляють у «сферу критики» антивакцинальників, оскільки немає примусового загального вакцинування, яке, на їхню думку, порушує права людини. По-друге, ПВ ще не здобули широкого поширення: переважна більшість із них проходить той чи інший етап випробування.

Однак виникає питання: чи містить певні біоетичні виклики розробка і застосування ПВ? Головною проблемою ПВ є те, що їхня діє є дуже індивідуальною. Одна й та сама вакцина

може не тільки підсилити опірність організму до пухлини, але в деяких випадках спричинити прогресію захворювання. Виникає питання, чи має право лікар (або дослідник) знехтувати можливими ризиками застосування ПВ? Чи відносно висока ймовірність користі може елімінувати вірогідність шкоди? Інша серія питань пов'язана з визначенням відповідального за прийняття рішення про застосування вакцини. Жодне вакцинування не може проводитися без згоди пацієнта, однак переважна більшість хворих цілком свідомі реальної загрози, і готові прийняти будь-що, що, принаймні теоретично, може продовжити їхнє життя. Цю думку здебільшого розділяють і їхні родичі. Чи здатні вони прийняти зважене рішення про застосування вакцини? Тому основний тягар мав би лягти на лікаря (за умови його фінансової незаангажованості, що є ще однією окремою етичною проблемою).

Крім того, багато етичних питань стосуються етапу розробки вакцин. Наскільки добре має бути протестована вакцина в доклінічних і клінічних дослідженнях, до введення в клінічну практику? Жодна вакцина не дає 100% результату на тваринах, чи маємо ми право знехтувати відсотком неуспішності? Всі ці питання показують, що розробка і застосування ПВ потребує неабиякої обережності з боку науковців і лікарів.

Ми віримо, що як профілактичні вакцини врятували світ від багатьох інфекційних захворювань, так і ПВ можуть значно поліпшити результати лікування онкологічних хворих. Але, і лікарям, і дослідникам, які мають справу із їх застосуванням, потрібно бути дуже виваженими, не робити поспішних висновків, аби не дискредитувати своє дітище ще на самому початку.

S6/6 НЕКОТОРЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК

М.Э.Гурылёва

*Казанский государственный медицинский университет,
кафедра биомедицинской этики и
медицинского права, Казань, Россия*

Тема использования эмбриональных стволовых клеток (ЭСК) в медицине сегодня обсуждается крайне широко. Впервые концепция стволовых клеток была предложена более 100 лет назад нашим соотечественником – русским учёным Александром Максимовым. Современная история их использования началась

в 1968 году после трансплантации стволовых клеток Р.Гуддом ребёнку с тяжёлым врождённым комбинированным иммунодефицитом. Нобелевская премия (1990 г.) Томасу Е.Д. за трансплантацию костного мозга больному лейкемией и признание открытия стволовых клеток третьим по значимости событием в биологической науке 20 века после открытия двойной спирали ДНК и расшифровки генома человека – подтверждение актуальности рассматриваемой проблемы.

Эмбриональные стволовые клетки обладают свойством плюрипотентности – они способны давать начало более чем 350 различным типам клеток, что открывает широкие перспективы их практического использования в биологии и медицине. Получены оснаждающие результаты лечения больных кардиологического, хирургического (лечение трофических язв), неврологического профиля.

В тоже время, технология рождает многочисленные этические проблемы, требующие серьезного внимания. В первую очередь – это недоказанность эффективности и безопасности применения ЭКС по причине отсутствия результатов рандомизированных двойных слепых контролируемых исследований, являющихся фундаментом современной доказательной медицины. Во-вторых, проблемы, связанные с получением стволовых клеток, источником которых является ткань зародыша или ткань плода на различных стадиях его развития. Можно ли специально создавать эмбрионы с целью получения стволовых клеток, которые будут использоваться для лечения и выживания взрослых людей? Насколько этично использовать «лишние эмбрионы» при проведении процедуры ЭКО? Какова моральная сторона использования абортивного материала для получения дефицитного сырья? Третьей проблемой является недобросовестная реклама стволовых клеток как эликсира вечной молодости при использовании их в косметических целях. И, наконец, погоня некоторых стран любой ценой установит приоритет в области молекулярных технологий.

Таким образом, использование ЭСК является одним из перспективнейших направлений клинических исследований 21 века. Грамотное этико-правовое сопровождения таких работ не позволит дискредитировать перспективную методику. Разрешение на применение новых технологий в рамках ограниченных клинических испытаний, тщательный этический надзор за проводимыми исследования – цивилизованный путь, который должна пройти каждая новая методика перед тем как стать рутинной практикой.

S6/7 ЕТИКА ТА БЕЗПЕКА РОДИННОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ

А.А.Костенко

*Національний інститут хірургії та
трансплантології імені О.О.Шалімова,
Київ, Україна.*

Вступ. Медична діяльність знаходиться під наглядом Всесвітнього Альянсу за Безпеку Пацієнтів, що працює під егідою Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. Ванкуверський Форум 2005 року дав можливість Комітету з Етики Товариства Трансплантологів звернути увагу на відповідальність команди трансплантологів за відбір живого донора, виконання обов'язків, заходи безпеки. Важливим було рішення Амстердамського форуму 2005 року, що стосувався безпеки живих донорів нирки. Складність в оцінці ризику майбутньої операції полягає у важкості оцінки функціональних можливостей організму пацієнта і в оцінці кваліфікації анестезіолога та хірурга.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 101 донора органів (56 нирки, 45 печінки). Кожний вид обстеження донора оцінювався по бальній системі. Використана чотириступенева система оцінки доопераційних показників в балах. Проведена оцінка кожного виду обстеження. Відсутність порушення визначено як 0 балів, верхня межа норми – 1 бал, порушення – 2 бали, суттєве порушення – 3 бали. При суттєвому порушенні одного з показників донорська функція не можлива. Далі для кожного пацієнта розраховувалась сумарна кількість балів.

Висновки. 1. В Україні під час відбору живих донорів органів в цілому виконуються міжнародні норми безпеки.

2. У хворих з передопераційним ризиком понад 4 бали збільшується кількість днів перебування в стаціонарі та ускладнюється післяопераційний період.

3. Середня кількість післяопераційних днів залежить від віку пацієнта у групі донорів при більш важкий за травмою операції із забору печінки.

4. З віком у донорів середній бал післяопераційних ускладнень зростає.

5. При аналізі передопераційного стану донора ми повинні враховувати можливий ризик операції, і при його високому ступені відмовляти пацієнту в його бажанні стати донором, тому що це небезпечно для його життя.

S6/8 ЕТИЧНІ АСПЕКТИ КРІОКОНСЕРВАЦІЇ ГАМЕТ, ЕМБРІОНІВ І РЕПРОДУКТИВНИХ ТКАНИН

Ф.В.Дахно

*Інститут репродуктивної медицини, Київ,
Україна*

Вдосконалення методів кріоконсервації і бажання багатьох індивідів зберегти фертильність після хронічних хвороб, ятрогенних ускладнень лікувальних програм, новоутворень, або просто із збільшенням віку, вимагає вирішити етичні питання і певні дилеми відносно кріоконсервації гамет і репродуктивних тканин для реабілітації репродуктивної функції.

Предметом особливої уваги ця проблема доречна в цей час за наступних причин:

а) збільшена тривалість життя жінок і чоловіків, репродуктивному потенціалу яких загрожують хронічні хвороби і ятрогенні ускладнення лікування, новоутворення різної локалізації;

б) бажання жінок бути здатними отримати вагітність в старшому віці з використанням їх власних ооцитів;

в) безпечна і надійна кріоконсервація сперми і придатної тканини яєчника дорослої жінки; кріоконсервація жіночих гамет і репродуктивних тканин може бути успішна для збереження фертильності у вищезазначених випадках;

г) пропозиції щодо зберігання репродуктивних тканин весь час збільшується.

Факти і визначення

Минуле десятиліття засвідчило значне покращення виживання хворих після терапії раку як серед дорослих осіб репродуктивного віку, так і серед дітей або підлітків. Більшість дітей, які переживають рак (85 %), потенційно фертильні, але багато хто має високий ризик безпліддя. У дорослих прогноз для їх фертильності залежить від початкової патології (тип і топика раку), їх віку, методів лікування (радіотерапія або хіміотерапія, одна або в комбінації), так само як тривалість лікування і дозування препаратів.

Жінки

У жінок самий звичайний вибір для всіх вікових груп – зберігання смужок яєчника або біопсій. У постпубертатних жінок є вибір кріоконсервації незрілих або зрілих ооцитів. Третя можливість – кріоконсервація людських ембріонів, отриманих із спермою їх партнера, або спермою анонімного донора. Відносно використання і лікування, є варіанти культивування in vitro фолікула; дозрівання незрілих ооцитів в пробірці, IVF і трансфер ембріона, або трансфер донорського ембріона. Від використання

полосок яєчника на кінець 2008 року народилося 5 дітей. Число народжених дітей від дозрівання в пробірці або від заморожених – відтаяних ооцитів обмежене, але досить значне.

Чоловіки – достатньо даних по ефективності кріоконсервації сперми, що взагалі можливо з віку близько 12 років (середній вік для спермархе 12,5 років).

Пре-пубертатні чоловіки. Тут єдиний вибір – заморожування тканини яєчка. Варіанти для використання – взята у тієї ж особи послідуюча трансплантація, дозрівання в пробірці. Від використання тканини яєчок в пре-пубертаті діти пока не були народжені.

Пубертатні чоловіки. Тут звичайний вибір заморожування еякулята, але можливо також зберігання тканини яєчка. Використання замороженої еякульованої сперми в програмах інсемінації або IVF чи ICSI, і замороженої епідідимальної сперми, виявилось дуже ефективним.

Основні етичні принципи

Автономія. Автономія і чоловіків і жінок повинна поважатися. Кожна людина має право зберегти свою фертильність або при загрозі від хвороби, або при добровільному втручанні (типа вазектомії), або з міркувань планування стилю життя (бажання мати дитя пізніше). Моральне і юридичне визнання автономії досягається, отримуючи згоду на основі повної інформації пацієнта. Здобуття згоди на основі повної інформації для дорослих і дітей відрізняється із-за їх різної компетентності при ухваленні рішення. В ідеальній ситуації дитина, батьки і команда фахівців домовляються про інтереси дитини. Коли є розбіжність, рішення дитини повинне поважатися. Рішення про кріоконсервацію може прийматися батьками.

2.2 Добродійність і невизначеність

Обов'язковим є практичне використання стандартів, зведених в правилах для гамет і банків тканини (ESHRE, Цільова група по Етиці і Праву, 2002). Обережність потрібно проявляти при переході від дослідження до лікування: оскільки зберігання репродуктивної тканини все ще вважають експериментальним, клінічне використання залучає декілька важливих ризиків, що вимагає дотримуватися звичайних стандартів для нових методів терапії. Потенційні ризики від таких методик мають бути зважені проти поки що недоведених вигод (використання для майбутньої репродукції). Не можна виключити ризик перенесення ракових кліток від узятого у тієї ж особи біоптата, ризик передачі вірусу тварини в ксенотрансплантаті і ризик порушення генетичної компетентності при тривалому культивуванні в пробірці яйцеклітин у фолікулі. Можливе зберігання по медичних і по соціальних причинах. Поки вико-

ристання замороженої-відтаяної сперми стало рутинною процедурою, чого не можна сказати про кріоконсервацію репродуктивної тканини. Зважаючи на недоліки клінічного використання оваріальної тканини, цей метод не можна пропонувати жінкам як засіб зберегти їх потенціал фертильності, коли немає жодної безпосередньої загрози їх плодючості. З цих міркувань не можна заохочувати заморожування ооцитів для збереження фертильності без медичних показань.

Визначені етичні дилеми

Період зберігання. Репродуктивні тканини і гамети мають бути збережені лише до віку, в якому вважається прийнятним їх використання для досягнення вагітності, зважаючи на благополуччя дитини і ризик для вагітної матері. Зокрема благополуччя дитини навряд чи буде прийнятне, коли обоє з батьків мають дуже поважний вік. В разі збереження ембріонів, період зберігання може бути продовжений на більше, ніж на 10 років (ESHRE, 2001).

Посмертна репродукція. Є група людей, які зберігають свої кріоконсервовані гамети або репродуктивні тканини для подальшого використання. Пацієнти з серйозними хворобами повинні враховувати реальну можливість, що протягом зберігання їх репродуктивного матеріалу деякі з них можуть померти. Тому, такий варіант має бути обумовлений в рекомендаціях клініки і визначена доля біоматеріалу на період зберігання. В разі смерті дітей або підлітків, отриманий від них біоматеріал (репродуктивні тканини і гамети), які знаходилися на кріозбереженні, мають бути знищені. Батьки не мають права вирішувати питання про репродуктивне використання генетичного матеріалу їх дитини після її смерті (Рекомендації ESHRE, 2001). В разі серйозної хвороби самотнього дорослого, матеріал, який знаходився на кріозбереженні, після його смерті має бути знищений. У самотнього здорового дорослого чоловіка прийнятна посмертна донація сперми за наявності попередньої згоди поставщика біоматеріалу. В разі смерті одного з подружжя, посмертне використання сперми партнером, що вижив, може бути прийнятне, якщо є попередня письмова згода покійного партнера. Посмертна донація ооцитів не рекомендується, бо це залучає і менш надійну методику і використання сурогатного материнства.

Донація для дослідження. Всі постачальники гамет або тканин, або їх уповноважені можуть надати як донорський репродуктивний матеріал для дослідження після залучення адвоката, причому репродуктивна донація прийнятна лише для дорослих, які були здоровими під час заморожування біоматеріалу. Міждис-

циплінарна команда зацікавлених фахівців (онкологи, педіатри, фахівці з проблем репродуктивної медицини, психологи, інші консультанти) надає консультації і протягом ухвалення рішення повинні оцінити ситуацію і вибрати кращу методику для вирішенні репродуктивних проблем.

Заключення

Цільова група з питань етики і законодавства в репродуктивній медицині ESHRE вважає можливим переглянути свої рекомендації щодо кріоконсервації репродуктивних тканин, дозріванню незрілих ооцитів або культивуванню фолікулів in vitro. Це диктується необхідністю удосконалення вказаних методик і має бути отримана згода Центрів біорепродукції в межах контексту проведення дослідження, а не для терапії або збереження власне репродуктивного потенціалу донорів.

P6/1

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОТРИМАННЯ І КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ СИРОВАТКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ КРОВІ

О.В.Ліпіна, О.С.Прокопюк, І.Б.Мусатова, В.Ю.Трифонов, В.Ю.Прокопюк
Інститут проблем кріобіології і кріомедицини
НАН України
Харків, Україна

Після народження дитини та відділення її від матері в судинах плаценти і пуповини залишається значна кількість плацентарної (кордової) крові. Кордова кров зазвичай підлягає утилізації, тоді як в її використанні є значний соціальний і етичний сенс.

Унікальність кордової крові визначається тим, що під час вагітності плацентою синтезуються і потрапляють у кордову кров специфічні плацентарні білки: комплекс репродуктивних імунomodulatorів, увесь спектр гормонів, притаманний організму новонародженого, ростові та антипроліферативні фактори, гемопоетини та адаптогени, опіоїдні пептиди – ендорфіни та енкефаліни, ферменти, мікроелементи, вітаміни. Усі ці біологічно активні сполуки знаходяться в рідкій фазі, а саме в сироватці плацентарної крові. Зберегти біологічно активні сполуки у нативному стані і у фізіологічних співвідношеннях дозволяють низькі температури.

В Інституті проблем кріобіології і кріомедицини НАН України були розроблені програми кріоконсервування та довгострокового зберігання сироватки кордової крові. Проведені розробки використані при створенні на основі сироватки кордової крові людини біологічно активного препарату кріокорд, який не містить

консервантів, кріопротекторів чи антибіотиків.

Отримання кордової крові і подальше клінічне використання препарату кріокорд здійснюється з додержанням біоетичних норм. Заготівля кордової крові відбувається в стерильних умовах пологового будинку після народження дитини і відокремлення її від матері, тобто ніяк не впливає на стан здоров'я матері і новонародженої дитини. При цьому породілля завчасно дає добовільну інформовану згоду на заготівлю кордової крові. Надання жінкою – породіллю згоди на використання її плацентарної крові є гуманною акцією донорством крові. Зберігання аутоплацентарної крові у вигляді препарату кріокорд є свідомою турботою батьків про майбутнє своєї дитини.

Препарат сироватки кордової крові має держреєстрацію та сертифікат якості, супроводжується інструкцією для використання. У лікувальній практиці кріокорд виявив високу клінічну ефективність, на ряд способів лікування отримані патенти на винаходи.

P6/2

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ

Э.А.Демина

Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии
им. Р.Е.Кавецкого НАН Украины
Киев, Украина

Генная терапия (gene therapy) – введение генов в организм человека с целью исправления генетического дефекта или замедления развития генетической болезни (Э.А.Демина и соавт., 2009). «Генную терапию на современном этапе можно определить как лечение наследственных мультифакторных и ненаследственных (инфекционных) заболеваний путем введения генов в клетки пациентов с целью направленного изменения генных дефектов или придания клеткам новых функций» (В.С.Баранов, 1999). Гены, которые искусственным способом переносятся в организм, называются трансгенами. Наиболее распространенными являются векторы для переноса генов, сконструированные на основе ретровирусов, которые способны инфицировать клетки-мишени и в результате включают постоянно функционирующий ген в геном клетки-хозяина. Покалучшие результаты получены с генетическими болезнями, затрагивающими иммунную систему, поскольку лимфоциты легко получить из периферической крови, изменить их ex vivo и вернуть пациенту.

Этические принципы применения генной те-

рапии в ее современной форме установлены. В качестве мишенной для генетической трансформации используют только соматические клетки организма. Перенос генов в соматические клетки – соматическая генная терапия, которая осуществляется после тщательного клинико-лабораторного обследования и получения информированного согласия больного.

Два других потенциальных подхода к генной терапии в настоящее время не разрешены, в основном, из-за этических проблем.

Один из них – терапия клеток зародышевой линии, при которой мишенями служат гаметы. При этом подходе корректирующая ДНК включается во все клетки организма человека, в том числе и в собственные гаметы. Это означает, что на потомков данного индивида генная терапия генная терапия может оказать воздействие, естественно без их ведома. Этично ли это? В настоящее время опасения превышают возможные выгоды (по критерию «польза-риск») и поэтому подобные вмешательства не разрешены.

Второй тип – так называемая улучшающая генная терапия, вызывает еще большие опасения с позиций биоэтики. Благодаря этому подходу могут быть улучшены качества организма. Главный вопрос заключается в том, следует ли использовать клонированные гены для увеличения роста человека, повышения его умственного потенциала, улучшения спортивных показателей и т.д.?

В настоящее время сформировалась основная позиция, согласно которой улучшающая генная терапия и генная терапия клеток зародышевого пути с позиций биоэтики недопустимы. Дискусии по этому вопросу продолжаются (У.Клаг, М.Каммингс, 2009), исход которых может повлиять на судьбу не только конкретных лиц, но и на человечество в целом.

Р6/3 БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН В РЕГЕНЕРАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

Л.В.Магдич, С.М.Новікова

*ДУ «Інститут генетичної та регенеративної
медицини НАМН України»,
Київ, Україна*

Одним з сучасних напрямків медичної науки, які бурхливо розвиваються в усьому світі і пов'язані з видатними досягненнями молекулярної генетики і клітинної біології, біології стовбурових клітин, є застосування методів генної інженерії та регенеративних технологій

для потреб клінічної медицини. Це створює можливість для лікування багатьох захворювань, які до цього часу не піддаються терапевтичним впливам – певні види спадкової патології, які можуть бути відкореговані за допомогою введення в клітини хворого необхідних генів замість відсутніх або патологічних, лікування злоякісних пухлин, а також відновлення втрачених або ушкоджених клітин і тканин шляхом введення в хворий організм штучно вирощених поза організмом відповідних клітинних та тканинних структур. На сьогодні в цьому напрямку працюють десятки біотехнологічних компаній, сотні клінік, і таким способом лікуються тисячі пацієнтів.

Але бурхливий розвиток біомедичних технологій суттєво випереджує усвідомлення можливих моральних, етичних, соціальних наслідків їх безконтрольного використання. Етичні аспекти регенеративної і генетичної медицини, які є частиною загально-медичної етики, на теперішній час майже не розроблені не тільки в Україні, але і в усьому світі. Для розробки і використання клітинних технологій відсутні юридична, нормативно-правова та етична бази.

В даному питанні необхідно враховувати два аспекти: по-перше – це джерело стовбурових клітин. Найбільш підступним і ефективним джерелом є ембріональні і фетальні стовбурові клітини, які одержують з абортівного матеріалу, пуповини, пуповинної крові, або при репродуктивних технологіях. Але ці клітини є і найбільш суперечні в морально-етичному плані. В останні роки відкрилась нова перспектива в цьому напрямку – індуковані плюрипотентні стовбурові клітини (іРС) – це клітини дорослого організму, які повертають у стан «стовбуровості» шляхом генетичних маніпуляцій – в геном таких клітин вводять декілька генів (три, а іноді один) за допомогою вірусних векторів. І третє джерело – аутологічні стовбурові клітини кісткового мозку, жирової тканини, шкіри та інших тканин. Використання кожного типу клітин має свої переваги і свої проблеми. Іншою дуже великою проблемою є віддалені наслідки їх використання. Трансплантовані клітини підпадають під вплив компроментованого організму і через деякий час втрачають свої здібності. Крім того, велику небезпеку представляє мутагенний потенціал цих клітин, а відносно використання іРС – ще й використання в процесі їх створення вірусних векторів.

В Україні потреба в таких технологіях вкрай необхідна, кількість пацієнтів, яким можна допомогти, сягає десятків тисяч. Але гуманність цілей повинна відповідати засобам її реалізації.

ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

S7/1 ДІЯЛЬНІСТЬ ЕТИЧНИХ КОМІСІЙ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ І ПРАВ ПАЦІЄНТІВ У КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Т.В.Талаєва

*Центральна комісія з питань етики МОЗ
України, Київ, Україна*

Створення і впровадження нових лікарських засобів на сьогодні неможливе без попереднього вивчення їх ефективності та безпечності у контрольованих клінічних дослідженнях за участю людини. У відповідності до Гельсінської декларації (2008) невід'ємною складовою клінічного дослідження є повноцінний захист прав і безпеки суб'єктів дослідження шляхом інституту етичних комісій. У відповідності до рекомендацій ВООЗ (2000) держава повинна сприяти створенню комісій з питань етики на національному, регіональному та локальному рівнях і такої системи етичної експертизи, яка б забезпечувала максимально можливий захист прав та безпеки учасників клінічних випробувань лікарських засобів.

Схвалення клінічних досліджень в Україні, що ґрунтується на експертній оцінці етичних та морально-правових принципів, здійснює Центральна комісія з питань етики МОЗ України, що відповідає вимогам Директиви 2001/20/ЄС Європейського Парламенту та його Ради щодо «єдиної думки» в ініціюванні клінічних випробувань. Центральною комісією з питань етики МОЗ України розроблено науково обґрунтовані критерії етичної та морально-правової експертизи матеріалів клінічних випробувань лікарських засобів для остаточного заключення про етичну обґрунтованість, виправданість, безпечність та можливість проведення клінічного дослідження в Україні. Крім того, у процесі проведення дослідження Центральна комісія з питань етики МОЗ України проводить моніторинг дослідження шляхом реєстрації та аналізу всіх випадків серйозних побічних реакцій, що стали їй відомі, з метою попередження підвищення ризику для досліджуваних

з правом вирішення питання про доцільність продовження даного клінічного дослідження. Таким чином, моніторинг клінічного дослідження Центральною комісією з питань етики МОЗ України є одним з елементів, необхідних для втілення другого загального принципу ICH GCP: «Клінічне дослідження може бути розпочате і продовжене тільки в тому випадку, якщо очікувана користь виправдовує ризик». Для повноцінного втілення даного принципу ICH GCP наказом МОЗ України від 23.09.2009 №690 визначені функціональні права та обов'язки локальних комісій з питань етики, що створюються і діють при лікувально-профілактичних закладах. Вперше зазначено, що обов'язком локальних комісій з питань етики є забезпечення дотримання етичних та морально-правових принципів проведення клінічних випробувань у лікувально-профілактичному закладі, перш за все, шляхом оцінки процедур залучення пацієнтів (здорових добровольців) у дослідження та одержання від них (їхніх законних представників або близьких родичів) інформованої згоди. Локальні етичні комісії мають право звернення до Центральної комісії з питань етики МОЗ України у разі: виявлення порушень при проведенні клінічного дослідження лікарського засобу у даному лікувально-профілактичному закладі, а також з обґрунтованою пропозицією щодо неможливості участі лікувально-профілактичного закладу в клінічному дослідженні. У цих випадках Центральна комісія з питань етики МОЗ України може переглядати своє рішення щодо схвалення клінічного випробування, або можливої участі того, чи іншого лікувально-профілактичного закладу в клінічному дослідженні.

Таким чином, в Україні шляхом розробки та прийняття нормативних законодавчих актів створена чітка система етичної експертизи клінічних досліджень, що дозволяє максимально контролювати дотримання прав та безпеки суб'єктів дослідження не тільки на етапі планування клінічного дослідження лікарського засобу, але і в процесі його безпосереднього проведення.

S7/2
ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ
КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**А.Н.Морозов, Л.И.Ковтун, В.В.Николаева,**
С.С.Распутняк*Государственный фармакологический центр*
МЗ Украины, Киев, Украина

В последние годы клинические исследования (КИ) признаны основным фактором в системе доказательной медицины. Это привело к увеличению количества проводимых исследований и значительному повышению требований к их качеству, что сопряжено, прежде всего, с проблемами этики.

Планируя проведение КИ необходимо определить, являются ли разумными риски, которым будут подвергаться испытуемые, по сравнению с ценностью результатов и знаний, полученных при исследовании, как снизит возможный риск для пациента, защитить конфиденциальность информации о нем? Отвечая на эти вопросы, следует помнить одно из основных положений Хельсинской Декларации (2008) о том, что: «В медицинских исследованиях с участием человека в качестве субъекта, здоровье превалирует над всеми другими интересами». В то же время, следует подчеркнуть, что положения Хельсинской декларации служат только направляющими положениями, но не освобождают врачей от гражданской и моральной ответственности в соответствии с национальным законодательством.

Для проведения КИ необходимо выполнение определенных условий, которые играют важную роль в защите прав и обеспечении безопасности испытуемых, участвующих в исследовании. Прежде все, это рассмотрение и одобрение материалов КИ Государственным фармакологическим центром МЗ Украины (ГФЦ) и Центральной комиссией по вопросам этики МЗ Украины, в соответствии с приказом МЗ Украины №690 от 23.09.2009. Проведение КИ в соответствии с принципами GCP, страхование ответственности в случае нанесения вреда здоровью пациентов, как обязательного условия проведения КИ, и, что самое главное, получение добровольного информированного согласия пациента на участие в КИ. Эти документы являются одним из важных элементов системы, которая гарантирует этичность медицинских исследований и соблюдение прав испытуемых. Большое внимание во всем мире уделяется многоцентровым КИ. Для участия во многоцентровых исследованиях необходима гармонизация регуляторных и этических тре-

бований проведения КИ с международными стандартами, которые приняты во всем мире. Этому вопросу в настоящее время уделяется большое внимание со стороны МЗ Украины и ГФЦ МЗ Украины. Важной и заслуживающей особого внимания остается проблема проведения КИ, связанная с включением особых, так называемых, «уязвимых» групп пациентов (дети, пожилые и недееспособные пациенты). Степень риска, которая может быть допустима в КИ с привлечением этой категории пациентов требует пристального рассмотрения и дальнейшего усовершенствования нормативно-законодательной базы проведения КИ в Украине, что позволит контролировать соблюдение прав и безопасность таких пациентов на всех этапах проведения КИ.

S7/3
ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЭТИЧНОЇ
ЕКСПЕРТИЗИ
КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**О.В.Сілантьєва***Центральна комісія з питань етики МОЗ*
України
Київ, Україна

Відповідно до рекомендацій ВООЗ (2000) щодо проведення клінічних досліджень лікарських засобів, в державі повинні діяти комісії з питань етики на національному, регіональному та локальному рівнях, а система етичної експертизи повинна забезпечувати максимальний захист прав, безпеки та благополуччя суб'єктів цих випробувань.

Клінічні випробування повинні проводитись відповідно до протоколу, щодо якого попередньо отримане позитивне рішення незалежного етичного комітету. Слід зауважити, що Директивою 2001/20/ЄС Європейського Парламенту та його Ради від 04.04.2001 р. передбачається формування «єдиної думки» держави щодо можливості проведення клінічних випробувань, зокрема багатоцентрових. У відповідності до національного законодавства в Україні рішення щодо схвалення клінічного дослідження надається Центральною комісією з питань етики МОЗ України.

Центральна комісія з питань етики на етапі планування дослідження проводить етичну експертизу його матеріалів: протокол, форму(и) письмової інформованої згоди, методики залучення суб'єктів, брошуру дослідника, наявну інформацію щодо безпеки, інформацію про виплати й компенсації суб'єктам, дані щодо місця проведення дослідження та дослідницької групи, інформацію щодо страхування, а також

будь-які інші документи, що необхідні для повноти оцінки. Під час проведення дослідження розглядаються всі поправки до матеріалів.

З 2006 р. по 2009 р. спостерігається зростання кількості матеріалів з 754 до 1127, при чому достовірно зросла кількість зауважень Центральної комісії з питань етики. Зокрема, зауваження стосуються обґрунтованості плацебоконтрольованих досліджень, забезпечення безпеки досліджень за участю дітей та недієздатних, повноти надання інформації потенційним досліджуваним. Окремими та важливими є проблеми страхування всіх учасників клінічних досліджень, а також відповідність місць проведення клінічних досліджень і належної підготовки дослідників.

Після початку і в процесі проведення клінічних випробувань лікарських засобів необхідно забезпечити їх постійний етичний моніторинг, що має відображення в міжнародних документах (відповідно до пункту 15 Гельсінської декларації: «...У комітету повинно бути право здійснювати моніторинг досліджень, що тривають.»).

Забезпечення моніторингу дотримання етичних та морально-правових принципів проведення клінічних випробувань покладено на Центральну комісію з питань етики МОЗ України (оцінка звітності щодо безпеки та періодичний розгляд матеріалів) та локальні комісії з питань етики (на рівні лікувально-профілактичних закладів, де проводяться клінічні випробування).

Таким чином, етична експертиза клінічних випробувань за участю людини як головний та обов'язковий принцип їх проведення повинна забезпечуватись не лише на етапі ініціювання клінічного дослідження, але і під час його проведення.

S7/4
ОСОБЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ
ДОКУМЕНТОВАНОЇ ЗГОДИ ПРИ ЗАЛУЧЕННІ
ДО БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДІТЕЙ
ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**З.А.Шкіряк-Нижник, Н.В.Числовська,**
О.А.Цодікова*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та*
гінекології НАМН України», Київ
Харківська медична академія післядипломної
освіти МОЗ України, Харків

Конституційні права людини і громадянина в Україні на інформацію, її вільне отримання, використання, поширення та зберігання в обсягах, необхідних для реалізації кожним своїх прав, свобод і законних інтересів, закріплені та гарантуються чинним законодавством держа-

ви. При залученні до біомедичних дослідження дітей віком старше восьми років необхідною умовою є отримання поінформованої документованої згоди на участь не лише від їх батьків (опікунів) а й від самої дитини. Цей принцип давно утвердився в міжнародній практиці. Особливо чутливими є етичні проблеми при залученні до дослідження підлітків, які у віці 17-18 років мають повне право голосу. Дітьми вважаються особи до досягнення 18 річного віку. Виникає певне протиріччя з окремими правовими положеннями. Наприклад, особа жіночої статі згідно законодавства України може вийти заміж за власним бажанням (без обов'язкової згоди батьків/опікунів чи представників влади) в 17 років, тобто вона стає дорослою людиною ще до досягнення 18 років. То чи потрібна згода батьків на участь у біомедичному **дослідженні?** В рамках дослідження «Сім'я та діти України», яке виконується згідно міжнародних стандартів проведення епідеміологічних досліджень (good epidemiologic practice) з дотриманням біоетичних норм та принципів, проводиться соціологічне опитування підлітків та їх сімей про різнобічні аспекти способу та стилю їх життя, соціально-економічні умови, освітні, культурологічні, медико-біологічні характеристики сім'ї. Одночасно проводиться проспективний збір інформації стосовно здоров'я підлітків шляхом поглибленого медичного обстеження та викопіювання інформації з медичної документації. Перед початком етапу вивчення стану здоров'я підлітків, як і перед кожним попереднім, в рамках комплексу організаційних заходів проведено підготовку з питань біоетики медичного персоналу, залученого до проведення дослідження, та широке інформування громадськості через засоби масової інформації про мету, завдання та умови проведення дослідження. Особлива увага приділялась процесу отримання документованої згоди на участь у дослідженні батьків та самих підлітків; проводилось детальне інформування підлітків, а також їх батьків щодо особливостей дослідження, його значення, можливих навіть мінімальних ймовірних ризиків та дискомфорту. Акцентувалось на абсолютній конфіденційності, добровільності залучення до дослідження, свободі у прийнятті рішення перервати участь у будь-який час. Наголошувалось, що в разі відмови самої дитини взяти участь у дослідженні чи її рішенні перервати участь, вона не матиме ніяких ущемлень в подальшому медичному обслуговуванні. Інформація надавалася в усній і в письмовій формах, зрозумілою для батьків і для підлітків мовою. Досвід показав, що в разі такої ретельної підготовки та роз'яснювальної роботи в сім'ях практично усі батьки (92 %) ви.

та підлітки (91%) дають згоду на участь у дослідженні. Отримання поінформованої згоди від батьків і підлітків не представляло жодних труднощів для дослідників.

S7/6
АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К
СВОЕМУ УЧАСТИЮ В КЛИНИЧЕСКИХ
ИСПЫТАНИЯХ

А.И.Карпенко, Е.В.Ищенко, С.В.Безуглова
*Киевская городская клиническая больница
№1, отделение неотложной кардиологии
Киев, Украина*

Быстрый рост числа клинических испытаний (КИ), усиливает обеспокоенность научным качеством КИ и адекватностью защиты их участников, обеспечиваемых соблюдением этических требований, справедливому выбору участников, соотношению риска и пользы, информированному согласию (ИС) пациента на участие в КИ и уважительному отношению к испытуемым.

Данные литературы свидетельствуют о том, что значимым мотивом участия пациентов в КИ является восприятие ими своих выгод, так для пациентов наиболее важна возможность получения бесплатной медицинской помощи высокого качества.

На наш взгляд испытуемые должны быть в первую очередь заинтересованы в повышении контроля со своей стороны всего процесса. Они должны видеть, что КИ действительно отвечает их потребностям и интересам. На базе нашего центра было проведено анкетирование пациентов. Наиболее важным с практической точки зрения выглядит вопрос о том, согласились бы респонденты участвовать в КИ ЛС – каким было их отношение к перспективе их личного участия в КИ ЛС в качестве испытуемых на момент проведения опроса – на вопрос «Порекомендуете ли Вы вашим знакомым или родственникам принять участие в КИ?» 90% наших пациентов-участников КИ из 100 опрошенных ответили «положительно», еще 5% затруднились с ответом на этот вопрос, только 5% респондентов ответили «нет». Пациенты в качестве причин участия в КИ называют возможность наблюдения и лечения у хорошего специалиста (85%); понимание того, что практическая медицина пока не располагает эффективными ЛС для лечения их заболевания (10%), получение бесплатных ЛС (5%).

Нами были выявлены следующие закономерности после проведения анкетирования пациентов:

- Количество пациентов, готовых принять участие в КИ ЛС достаточно высоко;
- Способствует получению согласия пациента участвовать в КИ ЛС информированность пациентов о КИ ЛС при условии, что информация получена от врача;
- Наиболее информированы о КИ ЛС лица женского пола;

Таким образом, наиболее значимыми признаются факторы, связанные с деятельностью врачей, а рекомендация врача и доверие к врачу являются наиболее распространенными причинами участия пациентов в КИ. Выявленная закономерность повышает ответственность врачей-исследователей перед пациентами, привлеченными ими для участия в КИ.

S7/7
КОНЦЕПЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ
ЧЛЕНОВ КОМИТЕТОВ ПО ЭТИКЕ

Е.А.Малышева
*ООО «Synergy Research Group»,
Москва, Россия*

Члены Этических Комитетов (ЭК), проводящие этическую экспертизу клинических исследований это высококвалифицированные специалисты в своей профессиональной области, но зачастую они не являются специалистами в области этической экспертизы. В России сегодня не сформирована стройная система обучения членов ЭК: нет унифицированной программы, отсутствуют русскоязычные периодические издания и мало специальной литературы по вопросам защиты субъектов исследования и этической экспертизы. Как следствие – страдает качество этической экспертизы. Система обучения членов ЭК в европейских странах сформирована и успешно функционирует, а создание такой системы в России является одной из чрезвычайно актуальных проблем.

Как же происходит обучение в европейских странах? В разных странах по-разному, но практически везде предусмотрен обязательный вводный курс сразу же после назначения/избрания, до включения нового сотрудника в самостоятельную деятельность – это работа под руководством наставника из числа опытных членов ЭК, а затем непрерывное плановое обучение в течение всей последующей работы. Организуют его национальный (центральный) ЭК и или подразделения министерств здравоохранения страны; председатели ЭК или сотрудники учреждения, при котором создан ЭК; общественные организации; проводятся дополнительные курсы в университетах или

силами тренинговых компаний; одной из форм обучения является участие в международных конференциях.

В базовое обучение обязательно входит очный вводный тренинг, тренинг по GCP; самостоятельное изучение комплекта документов, включающие международные и локальные законодательства в области КИ и этической экспертизы, СОП, различные обучающие материалы; тренинг по защите прав субъектов КИ/Этической экспертизе в КИ. В непрерывное обучение включены протокол-специфичные тренинги; сообщения по отдельным темам; мониторинг информации на различных профессиональных мероприятиях с предоставлением ее членам ЭК; участие в различных мероприятиях по теме этической экспертизы и клинических исследований и т.д.

Формы обучения возможны очные, дистанционные (eLearning, webinar) или их комбинация. Поскольку в России члены комитетов по Этике не освобождены от основной работы, то предпочтительна дистанционная форма обучения, которая может проводиться без отрыва от работы и в удобное время, и охватывать широкую аудиторию (регионы). Таким образом достигается снижение затрат на обучение, быстрое обновление учебного материала и всегда существует возможность применения полученной информации на практике уже в процессе обучения.

Система подготовки членов ЭК и постоянного совершенствования их профессиональных навыков в России может быть построена на базе европейского опыта, адаптирована к нашей специфике и успешно внедрена в практику.

S7/8
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ УЧАСТИЯ ЗДОРОВЫХ
ДОБРОВОЛЬЦЕВ В КЛИНИЧЕСКИХ
ИСПЫТАНИЯХ

И.А.Зупанец
*Национальный фармацевтический
университет, Харьков, Украина*

Интеграция Украины с Евросоюзом коснулась и такой области как клинические испытания лекарственных средств (ЛС). Если еще 10-15 лет назад в Украине в основном проходили клинические испытания (КИ) по ограниченной программе, то последние 5 лет набирает обороты такой вид КИ, как исследования по изучению биоэквивалентности ЛС, а также проведение I фазы КИ. Согласно нормативным документам I фаза клинических испытаний (за

исключением некоторых случаев) и исследования по изучению биоэквивалентности ЛС должны проводиться с участием здоровых добровольцев. Однако проведение КИ с участием здоровых добровольцев в Украине имеет определенные особенности.

Одна из основных проблем на сегодняшний день – ограниченное число специализированных клиник для проведения I фазы КИ и исследований биоэквивалентности ЛС. Одна клиника в год может провести не более 5-7 исследований (в зависимости от требований протокола), поэтому актуальным является не только открытие новых клиник, но и расширение коечного фонда, материально-технической базы уже существующих клинических баз.

Почему для данных видов КИ необходимы только специализированные клиники? Потому что только в них можно госпитализировать здорового добровольца. Госпитализировать в лечебно-профилактическое учреждение здорового добровольца невозможно, кроме того, как считать в этом случае койко-день?

Только в специализированной клинике можно учесть особенности диеты добровольцев согласно требованиям протокола (определенный питьевой режим, продолжительность периода голодания, отсутствие в пище красящих веществ, определенных специй, продуктов, содержащих кофеин и т.д.). Кроме того, в условиях специализированной клиники доброволец огражден от нежелательных контактов (внутрибольничная инфекция), соблюдается конфиденциальность его участия в КИ.

Существует еще и ряд этических моментов. При госпитализации здоровых добровольцев необходимо учитывать общественное мнение: «Почему в лечебно-профилактическом учреждении лежат здоровые люди?», «На здоровых людях проводят испытания!». Здоровым добровольцам нужно обеспечить комфортные условия пребывания в клинике (определенный интерьер, палаты на 2-4 койки, наличие в палате телевизора, возможность доступа Internet и т.п.). Также при организации работы клинической базы, необходимо предусмотреть так называемую комнату психологической разгрузки, где добровольцы могут общаться друг с другом, просматривать телепередачи, читать и т.д.

Одной из специализированных клиник, ответствующей всем предъявляемым требованиям, является Клинико-диагностический центр Национального фармацевтического университета, где на сегодняшний день уже был проведен ряд исследований по изучению биоэквивалентности ЛС и I фазы КИ.

S7/9

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТРАХОВАНИЯ
КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В
УКРАИНЕ: СООТВЕТСТВИЕ ТРЕБОВАНИЯМ
СОВРЕМЕННОЙ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ****А.В.Степаненко***Украинская медико-правовая ассоциация, СО
«Гарантия»,
Киев, Украина*

Клинические исследования (КИ) в Украине, на основе правовой регламентации, начали проводиться в конце 90-х годов прошлого столетия. Их количество постоянно увеличивалось и в 2008 г. насчитывалось 208 многоцентровых и 67 одноцентровых КИ. Закономерно, что и количество пациентов (здоровых добровольцев) так же постоянно возрастало и в 2008г. составило 27 961 участников КИ или 5,14% от общего количества пациентов (здоровых добровольцев), принявших участие в КИ во всем мире.

В Украине проведение КИ гармонизировано с международными требованиями и соответствует стандарту Good Clinical Practice (GCP). Это и есть гарантией того, что права исследуемых защищены, сохраняется конфиденциальность и полученные в ходе исследования данные есть достоверными. На выполнение данного стандарта в мире сложилась практика страхования участников КИ. В Украине этот принцип реализуется через страхование ответственности заказчика КИ перед третьими лицами (пациентами/здоровыми добровольцами) на случай нанесения вреда их жизни и здоровью при проведении КИ лекарственных средств.

Страховая деятельность в Украине осуществляется исключительно страховщиками – резидентами Украины и регулируется общим страховым законодательством.

Относительно недавно принятым приказом МЗ Украины от 23.09.2009г., № 690 предусмотрено, что страховой защите подлежат все пациенты (здоровые добровольцы), которые принимают участие в КИ и которые в установленном порядке подписывают Информированное согласие. Срок страхования должен быть не меньше, чем длительность проведения КИ.

Касательно размера страховой выплаты, в соответствии с данным приказом – «при установлении размера возмещения на одну особу має враховуватися краща світова практика та можливі реальні витрати в інтересах досліджуваного». При этом должны учитываться особенности протокола КИ, фармакологическая характеристика исследуемого лекарственно-

го средства.

Приказом МЗ Украины от 23.09.2009г., № 690 определены сроки подачи заявления в страховую организацию о возможном страховом случае и другие аспекты страхования.

Таким образом, защитой пациента (здорового добровольца) в КИ является гарантия возмещения возможного ущерба в отношении жизни и здоровья участников КИ путем страхования, что и предусмотрено положениями приказа МЗ Украины от 23.09.2009г., № 690.

P7/1**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЭТИКИ В
КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ****Е.С.Першина, Т.Г.Старченко., С.Н.Коваль**
*ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМНУ»,
Харьков, Украина*

Медицинская биоэтика при проведении клинических исследований играет основополагающую роль в защите прав и здоровья пациентов.

С этой целью в любом научно-исследовательском учреждении медицинского профиля должно быть предусмотрено создание комиссии по вопросам биоэтики (далее Комиссия), осуществляющей оценку этических и морально-правовых аспектов планируемых исследований с участием больных в соответствии с Законом Украины о лекарственных средствах, требованиям ЮНЕСКО (1996), Хельсинской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (1964) с дополнениями и изменениями и соответствующими нормативными документами Министерства здравоохранения Украины.

В заключении Комиссии, оформленном в письменном виде, в обязательном порядке должны быть отражены следующие моменты, обеспечивающие безопасность участия пациентов в клинических исследованиях: целесообразность проведения исследования, соотношение риска/пользы данного исследования для пациентов, соответствие квалификации исследователей, их опыта и материально-технической базы научно-исследовательского института для проведения исследования, полнота и достоверность отражения информации, предназначенной для испытуемых, пути компенсации и/или лечения в случае нанесения ущерба здоровью испытуемого в процессе клинического исследования.

Необходимым условием проведения любого клинического является информированное согласие пациента. В информированном согласии необходимо указать цели и задачи ис-

следования, его продолжительность, характер предполагаемых в исследовании процедур, объяснить предполагаемый риск и ожидаемую пользу от проведения исследования для больного, отметить, что участие в исследовании является добровольным и отказ от него не повлияет на качество лечения, а также объяснить то, что больной может выйти из исследования на любом его этапе.

Существует четкая взаимосвязь между полнотой информированности пациента об условиях его участия в планируемом исследовании, конфиденциальности результатов и количеством полученных согласий. В результате проведенных исследований установлено, что при детальном информировании пациентов о целях, задачах и характере предполагаемого исследования доля полученных согласий на участие в нем значительно увеличивается.

P7/2**КЛІНІЧНИЙ АУДИТ КЛІНІЧНИХ
ВИПРОБУВАНЬ: КОНТРОЛЬ ДОТРИМАННЯ
ПРАВ ПАЦІЄНТІВ****А.М.Морозов, В.В.Ніколаєва,
С.С.Распутняк, Л.І.Ковтун, Л.Я.Янкова,
Я.В.Криворучко***ДП «Державний фармакологічний центр» МОЗ
України, Київ, Україна*

Клінічний аудит (КА) – процедура офіційної перевірки ДП «Державний фармакологічний центр» МОЗ України (ДФЦ) документів, приміщень, устаткування та обладнання, записів, системи гарантії якості та інших ресурсів, які мають відношення до клінічного випробування (КВ) і можуть міститися у лікувально-профілактичному закладі, лабораторіях, приміщеннях спонсора або контрактної дослідницької організації, тощо.

В Україні проведення КА КВ лікарських засобів покладено на ДФЦ, уповноважена МОЗ України установа та регламентується наказом МОЗ України від 23.09.2009р. № 690 «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики» (Порядок), в якому відображені основні положення по проведенню КВ, захисту прав та безпеки досліджуваних в Україні.

Важливим етапом КА є перевірка захисту прав пацієнтів: перевірка дотримання законодавчих та нормативних вимог при процедурі отримання інформованої згоди (ІЗ). ІЗ – рішення пацієнта взяти участь у КВ, яке має бути складено в письмовій формі, датоване та під-

писане.

Відповідно до Порядку, у випадку виявлення зауважень під час КА, які негативно впливають або можуть вплинути на якість та цілісність даних КВ та/або на права, безпеку або здоров'я досліджуваних, КВ можуть бути зупинені повністю, тимчасово або окремі їх етапи.

За період з 2008 по 2009 рік було проведено 96 КА КВ, як міжнародних багатоцентрових, так і КВ вітчизняних лікарських засобів. 5КВ – було тимчасово зупинено та припинено набір пацієнтів, 5 КВ на місцях проведення досліджень було повністю зупинено, з яких 2 КВ – внаслідок порушення морально-правових норм, а саме: порушення процедури отримання ІЗ; не проведення локальною комісією з питань етики оцінки етичних та морально-правових аспектів КВ. Також були висловлені не критичні зауваження стосовно дотримання прав пацієнтів під час 15 КА, а саме: несвоєчасне перепідписання нової версії форми ІЗ; внесення у ІЗ виправлень, що не схвалені Центральною комісією з питань етики МОЗ України; друкування у ІЗ даних, які повинні вноситись власноруч дослідником; невнесення в ІЗ всієї необхідної інформації; відсутність в первинній документації описання процедури отримання ІЗ. Такі зауваження потребують своєчасного виправлення та прийняття їх до уваги в подальшому проведенні КВ.

Таким чином, КА першочергово звертає увагу на захист досліджуваних відповідно до етичних і морально-правових норм, та попереджує його порушення в майбутньому.

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

S8/1 МЕТОДОЛОГИЯ БИОЭТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В.Л.Кулиниченко

Национальная академия последипломного образования имени П.Л.Шупика, Киев, Україна

Сегодня естественнаучные методы, в частности, эмпирический метод, становятся важнейшей предпосылкой развития биоэтического знания. Современные ценности естественнонаучного подхода к изучению процессов и явлений становятся условием и методом дальнейшего совершенствования этической экспертизы научной деятельности. В общепринятых сокращениях GCP и GLP и игре слов при переводе этих аббревиатур на русский язык выражена суть методологических трудностей: «**хорошие**» клиническая и лабораторная практики являются одновременно «**надлежащими, т.е.**» стандартизованными. Это методологическое требование должно быть исходным и определяющим в работе комитетов по этике: являются ли в данном проекте исследования «надлежащими» (т.е. соответствующей последним принятым стандартам) или же «хорошими» (т.е. соответствующими благоу? Ответ однозначен: если исследование – «плохое», то вообще исчезает необходимость в этической экспертизе, анализе соотношения риска и пользы, получении процедуры получения информированного согласия и т.д. Такое исследование просто не должно планироваться, а тем более выполняться.

Вместе с тем, детальнейшие процедуры и регламенты этического контроля исследований должны обеспечивать защиту не только испытуемых, но и самих исследователей, поскольку позволяют им существенно ослаблять бремя ответственности, не только моральной, но и юридической. Ведь если в протоколе есть запись о том, что испытуемые были предупреждены о возможном риске и негативных последствиях, то при наступлении таких последствий исследователю значительно труднее предъявить претензии. Поэтому,

несмотря на то, что проведение этической экспертизы требует дополнительных затрат времени и энергии, само научное сообщество начинает относиться к ней все более благожелательно.

Таким образом, методологические особенности биомедицинской экспертизы обеспечивают реализацию установки: *пациент и исследователь – личности, обладающие безусловной ценностью уже по самому факту своего существования; а ценность объективного человеческого знания должна соотноситься с духовными ценностями человека.* Такая установка требует дальнейшего развития методологии биоэтической экспертизы как результата процесса коэволюции метаэтики, этической теории, прикладной и профессиональной этики в рамках новой, специальной методологии. Ее основными элементами должны стать: антропология, логика и концепция здоровья.

Новые: антропология должна не только изучать, но и формировать специфические субъекты исследователя и испытуемого как субъекты прогресса науки и социума; логика отказывается от одномерности и двухмерности мышления и основывается на трехмерности (исследователь-испытуемый-польза) или многомерности мышления (исследователь-испытуемый-польза-вред-социум); концепция здоровья утверждает здоровье как смысл и ценность бытия Жизни, как Путь мудрости и творчества, а болезнь рассматривает как страдание человека.

Новая методология биоэтической экспертизы: использует, в первую очередь, методы, принципы и ценности междисциплинарного знания (социобиологии, социогенетики, биополитики, генной инженерии и т.д.) и основывается на взаимодействии науки и духовной культуры; утверждает новые методологические приоритеты и стандарты (автономии, достоинства личности, справедливости, целостности); способствует формированию «общества риска» на основе приоритетов не «опасного», а «предупреждающего и предостерегающего знания».

S8/2 ОПЫТ РАБОТЫ КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ ЭТИКИ И БИОЭТИКИ ХНМУ

**Т.С.Оспанова, В.В.Мясоедов,
Е.А.Болокадзе**

*Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина*

Этика в профессиональном и общественном аспекте, является одним из руководящих и определяющих принципов врачебной деятельности. Особое звучание этические проблемы приобретают в сфере научных биомедицинских исследований, основными «субъектами» которых выступают больные или здоровые люди. Вопросам этики и биоэтики придается большое значение в деятельности Харьковского национального медицинского университета.

В обычной врачебной практике решения принимают врач и пациент. В то же время, разработка новых методик и лекарственных средств, изменение структуры заболеваемости, заставляют обращаться за помощью к третьей стороне. Этой третьей стороной призваны стать Комитеты/комиссии по Этике (КЭ), проводящие этическую экспертизу.

Комитет по Этике при Харьковском государственном (ныне, национальном) медицинском университете создан в сентябре 2000 года, а в 2007г преобразован в Комиссию по вопросам этики и биоэтики. Основной целью КЭ является создание гарантий безопасности для лиц, участвующих в исследовательских проектах, из числа граждан Украины и других стран в соответствии с Конституцией Украины и Хельсинской Декларацией Прав Человека.

КЭ ХНМУ состоит из председателя, заместителя, ответственного секретаря и 18 членов (ученых в области биологии и медицины, обладающих необходимым суммарным опытом и квалификацией для экспертной оценки научных, медицинских и этических аспектов медицинских исследований), в том числе, юрист и религиозный деятель.

КЭ ХНМУ проводит компетентную и своевременную экспертизу инициативных исследований (до начала и по окончании исследований), результаты экспертизы рассматриваются на заседаниях комиссии (1 раз в месяц). Предварительное рассмотрение двумя экспертами каждой работы с последующим обсуждением на заседании является эффективной формой внедрения принципов биоэтики в работу сотрудников и соискате-

лей ХНМУ. В среднем, в год проводится 90 экспертиз инициативных исследований.

Кроме того, члены КЭ принимают активное участие во внедрении в учебный процесс подготовку будущего врача в области биомедицинской этики; формирование представлений о биоэтике, как комплексе мероприятий, связанных с систематическим анализом и координацией действий человека в области биологии, медицины и экологии в свете общепризнанных моральных принципов.

Члены КЭ постоянно принимают участие в отечественных и международных мероприятиях, посвященных проблемам биоэтики, проведении клинических исследований, поддерживают тесные связи с локальными комиссиями.

S8/3 ПРИНЦИПИ НАЛЕЖНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ПРАКТИКИ В РЕАЛІЗАЦІЇ БІОЕТИЧНИХ НОРМ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДОКЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

В.М.Коваленко

*ДУ «Інститут фармакології та токсикології
АМН України», Київ, Україна
ДП «Державний фармакологічний центр»
МОЗ України, Київ, Україна*

Доклінічне вивчення лікарських засобів – один з етапів їх розробки та впровадження. Метою таких досліджень є, в першу чергу, забезпечення максимальної безпеки застосування препарату при проведенні клінічних випробувань та подальшого його використання в медичній практиці. Це передбачає застосування набору токсикологічних випробувань, переважно на ссавцях, які спрямовані на визначення летальних доз, симптомів отруєння, органів-мішеней дії лікарського засобу, а отже, досить часто супроводжуються болем, стресом і загибеллю експериментальних тварин. Тому при проведенні таких досліджень особливо важливим є максимальне можливе дотримання принципів біоетики. Слід зазначити, що доклінічне вивчення токсичності та безпеки лікарських засобів, а також препаратів для ветеринарії, нових хімічних речовин, засобів медичної техніки, харчових добавок, пестицидів тощо здійснюється із застосування міжнародних правил з Належної лабораторної практики (Good Laboratory Practice – GLP), які наказом МОЗ України від 16.02.2009 р. за № 95 затверджені у вигляді відповідної Настанови – «Лікарські засоби. Належна лабораторна практика.» Принципи GLP визначаються як набір правил та критеріїв, що за-

безпечують систему якості організаційного процесу та умов, за яких доклінічне вивчення безпеки речовин для здоров'я людини та довкілля плануються, виконуються, контролюються, реєструються, узагальнюються у звіті та зберігаються в архіві. Правила GLP цілком узгоджуються із запропонованими Russell та Burch (1959) принципами гуманної експериментальної методики поводження з тваринами, відомих як принцип 3-х R – Reduction (скорочення), Refinement (удосконалення), Replacement (заміна). Адже дотримання правил GLP поряд з можливістю отримання високоякісних, обґрунтованих та достовірних даних випробування речовин сприяє уникненню дублювання досліджень, а, отже, скороченню (reduction) використання лабораторних тварин; вимагає забезпечення необхідних фізичних та ментальних компонентів (харчування, стан довкілля, розміщення, догляд, поводження), що визначають нормальний стан лабораторних тварин (refinement). При вивченні генотоксичності поряд з дослідженнями на тваринах використовуються ряд методів *in vitro* (replacement), стосовно яких Управлінням з довкілля ОЕСР в 2004 р. запропоновано документ, що рекомендує застосування принципів GLP при проведенні токсикологічних досліджень *in vitro*. Більше того, ці правила знайшли свій подальший розвиток у розробці Європейським центром з валідації альтернативних методів проекту настанови з Належної Практики Культури Клітин, що є важливою передумовою валідації альтернативних методів для токсикологічних випробувань, контролю якості препаратів, а також досліджень в галузі нових підходів до лікування, що базуються на клітинній та генній терапії, тканинній інженерії, для яких методологія *in vitro* відіграє вирішальну роль.

S8/4 ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ХИРУРГИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

Ю.А. Фурманов М.Е. Ничитайло, И.М. Савицкая, В.Г. Терехов, О.А.Гейленко, Дьячкова Н.В.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, Киев, Украина

Объективная оценка новых хирургических методов, инструментария и аппаратуры в экспериментах на животных невозможна без полноценно организованной экспериментально-биологической

клиники, годами проверенных методов экспериментально-хирургических исследований и соответственно оборудованных операционных помещений.

Обладая всем этим, отдел экспериментальной хирургии НИХТ имеет возможность оценивать в доклинических исследованиях такие современные хирургические методы, как гипертермическая хирургия (электросварка тканей, плазменная хирургия и термоструйная хирургия), а также на всех этапах исследований давать оценку достаточно сложной и оригинальной аппаратуре, создаваемой для их проведения, а также хирургическим материалам различного назначения (от шовных до гемостатических).

Следует особенно подчеркнуть, что в условиях высококвалифицированного, головного в Украине хирургического института, имеется возможность строгого соблюдения стерильности экспериментально-хирургических вмешательств, их проведения на современном хирургическом уровне квалифицированными хирургами с применением профессионального инструментария, в условиях местной анестезии и общего наркоза и добросовестного выхаживания прооперированных животных.

В аспекте биоэтики едва ли не решающее значение имеет также предоперационная подготовка животных – полноценное кормление, уход, выведение из экспериментов передозировкой наркотических средств в специальных условиях.

Для того, чтобы результаты экспериментов получили объективную оценку, а также для ограничения их количества с использованием минимального количества животных, отдел имеет собственную патогистологическую лабораторию, а также использует все лабораторные возможности института, сотрудничая с лабораториями бактериологии, биохимии, патоморфологии и т.д.

К сожалению, по-прежнему следует констатировать, что экспериментальной работе в современной медицинской науке уделяется недостаточно внимания – не готовятся специальные ветеринарные кадры, не соблюдаются нормативы, установленные в прежние времена, нет курсов и семинаров по подготовке специалистов-экспериментаторов, нет питомников лабораторных животных и координации этого важного вида научной деятельности в межучрежденческих рамках.

Без этого и выработки специального кодекса экспериментальных исследований, полноценное соблюдение биоэтических норм не всегда возможно и эффективно.

S8/5 ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ

М.Н. Коршун

Комитет по вопросам гигиенического регулирования МЗ Украины, Киев, Украина

Этические аспекты экспериментов на животных, изложенные в «Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментов и других научных целей» широко обсуждались на трех состоявшихся в Киеве Национальных конгрессах по биоэтике (2001, 2004, 2007 гг.), симпозиумах по биоэтике, посвященных памяти В.Р. Поттера, в периодической печати и специальных изданиях. В основе решения этических проблем экспериментов на животных лежит концепция «трех R» – Reduction, Replacement, Refinement.

Среди вопросов, которые подлежат решению при реализации принципов Reduction и Replacement, – необходимость эксперимента, целесообразность перехода от теплокровных к альтернативным моделям, оптимальное число животных в группе, оправданные длительность эксперимента, частота «снятия» показателей, способы фиксации животных и выведения их из эксперимента и многие другие.

Именно в санитарно-токсикологических экспериментах существенным является соблюдение принципа Refinement. Обосновано предположить, что грубое, излишне жесткое, подавляющее психику обращение с животными, травматический компонент при «снятии» показателей могут сказаться на функциональном состоянии животных опытной группы в большей степени, чем контрольной, что в свою очередь может повлиять на величину гигиенического норматива.

Содержание животных должно исключить возможность воздействия на них посторонних факторов (шума, электромагнитных полей, загазованности воздуха, нагревающего или охлаждающего микроклимата и т.д.), обеспечить достаточную площадь клеток для содержания животных, адекватные реальным условиям поступления токсических веществ в организм экспериментальных животных.

Необходимы соответствующая квалификация персонала, занятого обслуживанием животных, единообразный подход к работе с животными у персонала биологической клиники и экспериментаторов, соблюдение стандартов GLP (Good Laboratory Practice),

соответствующая подготовка животных к проведению процедур, наверняка сопровождающихся острой болью. Основную нагрузку в реализации принципа Refinement несет персонал вивария, который становится первым рубежом защиты экспериментальных животных от ущерба, наносимого им экспериментом.

Совместными усилиями работников вивария, экспериментаторов-токсикологов и представителей комитетов по биоэтике на практике удается снизить ущерб, наносимый экспериментальным теплокровным животным, добиться внедрения концепции «трех R» и принципов GLP в деятельность НИИ токсикологического профиля.

Осуществляемое под контролем комитетов по биоэтике, которые выполняет экспертные, методические и консультативные функции, внедрение этических принципов в повседневную работу научно-исследовательских учреждений токсиколо-гигиенического профиля определяет процесс гуманизации современной науки, который имеет место в последнее время.

S8/6 ЖИВОТНЫЕ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

Г.В.Иванов

ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко НАМНУ», Харьков, Украина

Опыт определения лечебных закономерностей, обретенный нашим выдающимся коллективом за более чем столетнюю историю становления и неуклонного повседневного развития харьковской школы ортопедов и травматологов, позволяет обосновать тезис о незаменимой роли животных в экспериментальной ортопедии и травматологии. Мы вполне отдаем себе отчет в том, что именно этот тезис требует от экспериментаторов самого высокого уровня нравственного самосознания. Это особенно важно в медико-биологических исследованиях. Создание экспериментальных медико-биологических моделей является единственным эффективным методом для получения новых знаний о механизмах патологии. Модель позволяет многократно наблюдать исследуемые явления в контролируемых условиях. Наиболее трудное в моделировании – правдоподобие и воспроизводимость. Модель нозологической единицы особенно трудна. Мы покажем это на примере спондилолистеза. Спондилолистез – нозологи-

ческая единица, выделенная скорее на основе характерной клинко-морфологической картины, нежели чем на основе этиологии и патогенеза. Принято, что диспластический спондилолистез как мультифакториальное заболевание определяется наследственностью, дисплазией пояснично-крестцового отдела позвоночника и факторами среды. Генез этого заболевания труден для анализа. Экспериментальных данных о спондилолистезе очень мало. Мы разработали модифицированную экспериментальную модель дегенеративного спондилолистеза. На крысах передним доступом моделировали дегенеративный процесс (остеохондроз) в межпозвонковом диске, а задним доступом ослабляли задний опорный комплекс, что приводило к вентральному смещению LVI позвонка. Без экспериментов новое знание об этиологии и патогенезе спондилолистеза было бы существенно менее точным. Уровень операций, выполненных в экспериментально-биологической клинике нашего института, максимально полно соответствовал требованиям современной биоэтики, а диалог с комиссией по биоэтике был одним из эффективных методических приемов в эксперименте.

S8/7 ВИЗНАЧЕННЯ БІОЕКВІВАЛЕНТНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УМОВАХ IN VITRO

Н.В.Добреля, А.І.Соловйов, Т.А.Карацуба, С.М.Тішкін

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», Київ, Україна

Основою сучасного фармацевтичного ринку України складають генеричні препарати, для характеристики якості яких використовуються поняття біоеквівалентності. У Європейських рекомендаціях з вивчення біодоступності та біоеквівалентності зазначено, що два лікарські засоби являються біоеквівалентними, якщо вони фармацевтично еквівалентні або альтернативні і їхня біодоступність при вживанні в однаковій молярній дозі співпадає в достатньому ступені. Дослідження біодоступності in vivo являється досить проблематичним з точки зору етики, адже значна частина таких досліджень є нетерапевтичними, оскільки в них відсутня безпосередня клінічна користь для людей.

Для лікарських засобів твердої дозованої форми для орального введення можливе використання модельних системах in vitro для дослідження розчинності та ступеню проник-

нення. «Золотим стандартом» такої моделі кишкового епітелію вважають клітинну лінію Caco-2. Вона походить аденокарциноми ободової кишки людини. Клітини цієї лінії виробляють більшість ферментів епітеліального шару шлунково-кишкового тракту та мають транспортні системи, ідентичні системам адсорбуючих ентероцитів. Для оцінки якості моделі порівнюють отримані в експерименті коефіцієнти проникнення для референтних препаратів (метотрексату, пропанолу гідрохлориду та тестостерону) з їх стандартними значеннями.

Методика вивчення ступеня проникнення препаратів для встановлення біодоступності та підтвердження еквівалентності зразків генеричних та референтних лікарських засобів за допомогою методів in vitro з використанням клітинної культури Caco 2 згідно Наказу МОЗ № 190 від 17.04.2007 р застосовувалась в Міжвідомчій лабораторії з доклінічного вивчення лікарських засобів при ДУ «Інститут фармакології та токсикології АМН України». Такі дослідження давали можливість значною мірою скоротити неоднозначні з точки зору етики експерименти з вивчення біоеквівалентності in vivo, які проводяться на живих об'єктах.

S8/8 ЗИГОТА – НОСІЙ ОКРЕМОГО ЖИТТЯ (СТИСЛА АПОЛОГІЯ)

В.В.Медведєв

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Київ, Україна*

Ключова проблема сучасної біоетики – означення меж біологічного життя людини. Її похідні – проблема етичності терапевтичного клонування з метою руйнування бластоцисти і отримання ембріональних (плюрипотентних) стовбурових клітин (ЕСК); проблема визначення моменту втрати можливості будь-якої (повноцінної чи неповноцінної) реалізації особистості, тобто визначення моменту смерті. Наведемо суто біомедичні аргументи на користь неприйнятності отримання і використання ЕСК людини. Перша група – аргументи на користь визнання за зиготою достоїнства окремого життя, статусу унікального біологічного об'єкту, тимчасово недостатнього для реалізації всіх проявів особистості, але однозначно найбільш необхідного для становлення повноцінного матеріального її еквіваленту.

Виникнення нового життя є унікальною глобальною подією онтогенезу, що повинна мати

унікальний і глобальний матеріальний еквівалент. Поява диплоїдного набору хромосом в цитоплазмі зрілої яйцеклітини – глобальна і унікальна зміна її генетичного апарату, оскільки цей апарат у значній мірі (найбільш суттєво) визначає перебіг подальшого онтогенезу, особливості зрілого організму тощо. Це можливо, оскільки всі клітини зародку є нащадками зиготи з тим же набором генетичної інформації. Отже сутнісна зміна статусу біологічного матеріалу – виникнення нового життя слід асоціювати з моментом запліднення.

Під час запліднення цитоплазма зиготи вперше поляризується і картується, весь подальший розвиток відбувається в контексті цієї первинної стратегічної вузлової карти. Тобто на стадії зиготи з'являються однозначні ключові визначники просторової структури зародку. Це нівелює апеляцію до невідповідності просторової форми зиготи – формі зрілого людського організму, відтак – відсутності у ній деяких специфічних проявів зрілого життя, наприклад, серцебиття.

Лише зигота (а не будь-яка диплоїдна клітина) при потраплянні в нормальні для неї умови дає початок життя. Умови порожнини маткових труб нормальні для зиготи не менш, ніж умови, необхідні для проживання людини: ймовірність реалізації цих умов у всесвіті мізерна, тим не менше – людина не сприймається як випадковий курйоз в неприродних для космічного просору умовах, тобто достоїнство людини не релятивізується унікальністю умов її існування, воно більше за ці умови. Отже унікальність умов, необхідних для реалізації біологічного потенціалу зиготи, не означає, що нове життя є продуктом умов. Воно асоціюється з зиготою, а не з умовами її існування.

Друга група – аргументи проти унікальності ЕСК як джерела зрілих клітин: 1) основна проблема відновлення тканини – відтворення надскладної архітектури зв'язків між клітинами; продукція зрілих клітин різного типу з ЕСК має другорядне значення; 2) ЕСК в умовах зрілого організму в третині випадків малігнізуються, стовідсоткове очищення культури нащадків ЕСК від самих ЕСК неможливе; 3) ЕСК – не унікальне джерело стовбурових клітин, у тому числі плюрипотентних: використовують власні стовбурові клітини організму, а також генноінженерну конверсію диференційованих клітин у плюрипотентні. В останньому випадку для отримання плюрипотентних клітин взагалі не потрібне отримання і руйнування зародку.

S8/9 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ – УЧАСНИКІВ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

О.Л.Апихтіна, Я.Ф.Радиш

*ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»,
Київ, Україна
Національна академія державного управління
при Президентові України,
Київ, Україна*

Інноваційний розвиток у медицині, пов'язаний із розробкою нових методів діагностики, лікування та проведення профілактичних заходів, призвів до значного збільшення кількості біомедичних досліджень, що потребує державного регулювання їх проведення. Особливо це стосується впровадження в клінічну практику нових лікарських засобів та розширення показань до застосування вже зареєстрованих, що передбачає проведення клінічних випробувань.

Відповідно до міжнародних стандартів, обов'язковою частиною системи проведення клінічних випробувань інноваційних методів лікування та профілактики є здійснення контролю за дотриманням прав людини, умов її безпеки, етичних та морально-правових принципів, конфіденційності їх учасників. Поняття «пацієнт» трактується у правовому і медичному розумінні досить неоднозначно. В українському законодавстві не закріплено його визначення. В Інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань, затвердженої Наказом МОЗ України від 01.11.2000 р., зазначено, що пацієнт (доброволець) – це особа, яка безпосередньо контактує із закладами охорони здоров'я та пропонує себе добровільно в якості досліджуваного в клінічних випробуваннях лікарських засобів. У цій тезі передусім передбачається участь у проведенні клінічних випробувань лікарських засобів на добровільній основі. Необхідною попередньою умовою для участі у біомедичних дослідженнях, у тому числі клінічних випробуваннях лікарських засобів, є надання пацієнтом інформованої добровільної згоди.

Особлива увага повинна приділятися забезпеченню прав пацієнтів – учасників клінічних випробувань лікарських засобів, оскільки замовниками досліджень є фармацевтичні компанії, які, передусім, зацікавлені в отриманні прибутків. Відповідно до Ст. 8 Закону України «Про лікарські засоби» забезпечуються права пацієнтів – учасників клінічних досліджень, які полягають у наступному: право на добровільну участь у дослідженнях, яке

забезпечується письмовою згодою учасника або його законного представника; право на отримання ним повної, об'єктивної і всебічної інформації щодо майбутнього дослідження, ризиків та його можливих ускладнень і альтернативних методів лікування; право на припинення участі у клінічних дослідженнях на будь-яких етапах його проведення; право на укладення договору про страхування життя і здоров'я пацієнта.

Забезпечення прав учасників біомедичних досліджень покладається на державні органи регулювання досліджень та реєстрації лікарських засобів, у тому числі на Міністерство охорони здоров'я, Державний фармакологічний центр, на етичні комісії, які контролюють їх проведення, а також на медичний персонал та керівників закладів, де проводяться дослідження. Прийняття закону «Про права пацієнтів» сприятиме урегулюванню існуючих проблем при проведенні біомедичних досліджень.

S8/10 ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН НА ЗДОРОВЬЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С.А.Аяганов, Б.Е.Сарымсакова
*Сенат Парламента РК, Республика Казахстан
Национальный научный центр материнства и детства, Астана, Республика Казахстан*

Согласно нормам международного права, право на здоровье является одним из важнейших прав человека, и существуют международно-правовые механизмы, обеспечивающие его защиту и реализацию. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): **Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека независимо от расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.**

Казахстан как субъект международного права берет на себя обязательства, провозглашенные в ряде международных документов, утверждающие право на здоровье, в том числе права пациентов при получении медицинской помощи и проведении научных исследований в медицине. Основными международными документами являются Хельсинская Декларация Всемирной медицинской ассоциации (ВМА), руководство ВОЗ, Универсальная Декларация ЮНЕСКО по правам человека и биоэтике, Конвенция Совета Европы по

правам человека и биомедицине и ряд других документов. Согласно международным рекомендациям, права на здоровье, безопасность и благополучие людей, участвующих в биомедицинских исследованиях ставятся превыше интересов науки и необходимо обеспечить механизм защиты этих прав.

Конституция Республики Казахстан также провозглашает право каждого человека на здравоохранение и медицинскую помощь и содержит в себе определенные обязательства государства по отношению к здоровью своих граждан.

В настоящее время развитию системы здравоохранения уделяется усиленное внимание со стороны государства. Несомненно, самым значимым событием в сфере медицинского законодательства стало принятие в 2009 году нового Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения». В Кодексе закреплены основные нормы, ориентированные на защиту жизни и прав человека на здоровье, а именно право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, обеспечение лекарственными средствами, свободный выбор медицинской организации, качественную и своевременную медицинскую помощь и иные права.

На сегодняшний день мы являемся свидетелями того, что мировая тенденция развития современной системы здравоохранения, медицинских технологий и клинических исследований неотъемлемо связана с контролем над соблюдением этических норм, защитой прав пациента при получении медицинской помощи и проведении клинических исследований.

В статьях 87, 88, 89 закреплены все вышеперечисленные права на здоровье, провозглашенные в международных документах и Конституции РК. Помимо прав, указанных в этих статьях, впервые в национальном законодательстве закреплены права пациентов (статьи 91, 93, 95) при получении медицинской помощи. Кроме этого, статьей 180 регулируется проведение медико-биологических экспериментов, доклинических (неклинических) и клинических исследований, применение новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации. В пункте 7 статьи 180 подчеркивается, что **Обязательными условиями проведения клинических исследований являются оформление документов о страховании жизни и здоровья участвующих в исследованиях пациентов и добровольцев, а также этическая оценка материалов исследований.** Впервые в национальном законодательстве говорится об обязательности предварительной этической

экспертизы материалов клинических исследований. Также впервые в Кодексе не только были провозглашены основные права пациентов, но и заложены механизмы их реализации через создание института комиссий по этике. В статье 181 прописаны статус, цели и задачи комиссий по этике, а также указано, что действуют они как на национальном (Центральная комиссия по вопросам этики) и локальном уровнях (локальные комиссии по этике). Целью деятельности комиссий по вопросам этики является защита прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины.

Это является несомненным достижением и усиливает позиции и полномочия комиссий по этике.

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 июля 2008 года была создана Центральная комиссия по вопросам этики (ЦКЭ) при Министерстве здравоохранения РК, председателем которого являюсь. Комиссия создана как независимый орган, основной целью которой является защита прав, здоровья и благополучия испытуемых и исследователей, создание гарантий их безопасности.

Комиссия осуществляет деятельность по совершенствованию национального законодательства по этике науки и технологий путем разработки соответствующих предложений и рекомендаций, а также проводит независимую этическую и правовую экспертизу материалов клинических исследований.

Также Министерством здравоохранения рекомендовано создание локальные этических комиссий (ЛКЭ) во всех научно-исследовательских организациях и медицинских ВУЗах. ЛКЭ должны осуществлять независимую этическую экспертизу клинических исследований, выполняемых в данном учреждении, гарантировать соблюдение прав пациентов, участвующих в исследованиях, а также вести мониторинг и промежуточный контроль хода исследования после получения разрешения на его проведение.

ЦКЭ в своей работе руководствуется соответствующими международными рекомендациями, национальным законодательством, Положением, а также стандартными операционными процедурами (СОПами), регулирующими функции и порядок работы Комиссии.

Члены комиссии регулярно повышают свою квалификацию, прошли ряд обучающих курсов с выдачей сертификатов, принимали участие в международных конференциях и совещаниях. Одним из направлений деятельности Комис-

сии является информационная пропаганда среди населения о работе биоэтических комитетов, выполнении международных стандартов в области биоэтики, о механизмах защиты прав человека и прочее.

Одним из основных направлений также является развитие международного сотрудничества в области биоэтики. С этой целью были подготовлены предложения для международных организаций: ВОЗ, ЮНЕСКО, Всемирный Банк, и ведется планомерная работа по продвижению этих предложений на региональном и международном уровнях.

Мы будем продолжать начатую работу по нескольким направлениям:

Разработка предложений по дальнейшему совершенствованию законодательных основ, базирующихся на международных рекомендациях, в частности Универсальной декларации ЮНЕСКО в области биоэтики и прав человека;

Проведение конференций, обучающих семинаров по вопросам биоэтики для членов ЛКЭ с участием международных организаций;

Продвижение образовательных программ по биоэтике на всех уровнях (в школах, колледжах, ВУЗах, повышение квалификации) для всех специальностей- медицинских работников, педагогов, ученых, биологов, генетиков, экологов и т.д.); разработка ГОСО по биоэтике;

Повышение информированности населения и общественности по вопросам биоэтики и прав человека через различные информационные каналы (публикации в СМИ, организация пресс-конференций, контакты с правительственными и неправительственными организациями и т.д.);

Развитие международного сотрудничества в области биоэтики путем участия в программах ЮНЕСКО, ВОЗ, ФКЭСНГ и др.

P8/1 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА ПЛАНИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Ю.В.Думанский, Э.Ф.Баринев, А.Ю.Попович, С.В.Налетов, И.И.Зинкович
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Развитие науки и внедрение в клиническую практику новых технологий должно проходить в соответствии с морально-этическими принципами Европейской конвенции о правах человека и биомедицине (1997). Четырехлетний опыт работы комитета по биоэтике при Доне-

цком национальном медицинском университете им. М.Горького позволяет не только констатировать успехи в организационно-экспертной работе, но и выявить нерешенные проблемы. К последним можно отнести определение степени риска планируемого исследования для жизни и здоровья испытуемого. Сама по себе трактовка таких понятий как «минимальный риск». «допустимый, оправданный научно-практической значимостью ожидаемых результатов исследования» и «недопустимый риск» не лишена субъективизма, поэтому актуальными остаются подходы к их объективизации.

Для расчета рисков предлагается учитывать относительную эффективность лечения, диагностики и т.п. в двух группах пациентов: контрольной, где использован традиционный метод, и группе сравнения с предлагаемым новым методом. Достигнутый эффект выражается альтернативным признаком: «отрицательный результат» (событие произошло) и «положительный результат» (событие не произошло). Для расчета доверительных интервалов может быть использован метод Newcombe-Wilson. Критерием клинического эффекта являлось снижение *абсолютного риска* неэффективного лечения у испытуемых по сравнению с контрольной группой. При этом можно определить оптимальное число больных, которых необходимо включить в планируемое исследование. В этом контексте предлагается изменить алгоритм работы комитета по биоэтике. Вначале руководитель проекта представляет для рассмотрения дизайн протокола планируемого исследования, в котором указывается цель исследования, описание предлагаемого и стандартного методов лечения, возможные преимущества, неудобства и осложнения, связанные с участием в исследовании, а также методы их предотвращения и лечения. При положительном решении комитета по биоэтике руководитель проекта получает разрешение на проведение исследований в небольшой (до 20 человек) *пилотной* группе пациентов. Выполнив исследования, руководитель должен представить в этический комитет истории болезни, результаты рассчитанного абсолютного риска неэффективного лечения и рекомендуемое оптимальное число больных. Повторное рассмотрение материалов предлагаемого метода лечения позволяет комитету по биоэтике верифицировать степень риска для пациента и принять взвешенное решение.

Таким образом, дальнейшая разработка этических стандартов при анализе материалов, регламентирующих проведение клинических испытаний на пациентах, будет спо-

собствовать объективизации принимаемых решений.

Р8/2 ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «КРІОЦЕЛЛ-ГЕМОКОРД» У ПРОФІЛАКТИЦІ ГРИПУ У ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН

В.В.Воліна, О.С.Онасенко, К.А.Гольцев, О.Ю.Кожина

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, Харків, Україна

Актуальною проблемою на сучасному етапі боротьби з грипозною інфекцією є створення неспецифічних засобів профілактики грипу. Зразком такого профілактичного засобу є розроблений у нашому інституті препарат «Кріоцелл-гемокорд», який представляє собою кріоконсервованій лейкоконцентрат ядромістких компонентів кордової крові людини, змунених в аутологічній плазмі.

В експериментах *in vivo* було вивчено протівовірусну активність клітин моноцитарно-фагоцитарної системи (МФС), що відіграє основну роль у забезпеченні протівовірусного захисту макроорганізму, при інфікуванні мишей вірусом грипу А/Вікторія в різні терміни після застосування препарату «Кріоцелл-гемокорд». Вивчені кількісний вміст клітин МФС перитонеальної порожнини мишей та їх фагоцитарна активність. Показана інгібуюча дія вірусу на вміст, структурно-функціональний статус різних клітин МФС і фагоцитарне число в різні терміни після зараження вірусом грипу, що, в результаті, могло бути однією з причин 100% загибелі тварин до 10 діб після зараження. Попереднє введення препарату, до зараження тварин вірусом грипу, забезпечувало 90% виживаємість мишей до 10 діб. При оцінці стану клітин МФС у цих тварин виявлено стимуляцію клітин МФС у вигляді вірогідного збільшення її фагоцитарного індексу та фагоцитарного числа.

Крім того вивчався вплив попереднього введення препарату «Кріоцелл-гемокорд» на морфологічний стан легень, тимуса, лімфатичних вузлів і селезінки тварин, які були інфіковані вірусом грипу в летальній дозі. Отримані дані свідчать про протівовірусну дію препарату «Кріоцелл-гемокорд», яка виявляється у відсутності дистрофічних і некротичних порушень, збереженні клітинних структур в органах імунологічного захисту та в легенях тварин, які були інфіковані вірусом грипу після введення препарату «Кріоцелл-гемокорд».

Таким чином, встановлено, що в

кріоконсервованому препараті «Кріоцелл-гемокорд» зберігаються клітинні популяції та інші біологічно активні субстанції, які забезпечують реалізацію його протівовірусної активності при превентивному вживанні. Застосування препарату «Кріоцелл-гемокорд» призводить до тривалого профілактичного ефекту, який забезпечує несприйняття піддослідними тваринами вірусу грипу на протязі 6 місяців з моменту його інтраназального введення.

Р8/3 ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

В.Н.Лесовой, Т.С.Оспанова, Н.Я.Котулевич, А.В.Лесовая

Харьковский национальный медицинский университет, Харьковской областной клинической центр урологии и нефрологии, Харьков, Украина

Критерии качества жизни (КЖ) используются в настоящее время при оценке тяжести заболевания и выборе методов терапии. В связи с внедрением новых, более совершенных диализных технологий и методов медикаментозной коррекции продолжительность жизни больных хронической болезнью почек (ХБП) значительно увеличилась и проблема повышения КЖ больных становится все более актуальной.

Целью нашего исследования было изучение КЖ у больных с ХБП в стадии, получающих лечение программным гемодиализом (ПГД) и у пациентов после трансплантации почки (ТП). Было обследовано 203 пациента ХБП в ст. в возрасте от 15 до 68 лет, которые получают лечение ПГД, и 21 больной после ТП. Оценка КЖ больных проводилась с помощью специальной анкеты, включающей 36 вопросов. Рассчитывались 3 интегральных показателя: симптом/проблемы, влияние почечного заболевания на повседневную жизнь, обременительность заболевания, а также – 2 суммарных – физический и психический компоненты. Опрос проводился в первые 2-4 недели от начала ПГД, а затем – 1 раз в 6-8 месяцев.

У больных, получающих ПГД, наблюдалось снижение всех параметров КЖ (кроме показателя психического здоровья), особенно за счет физического состояния. Психическое здоровье пациентов страдало в меньшей степени. Достоверно низким КЖ было при сахарном диабете, выраженной анемии и артериальной гипертензии и лиц старшего возраста.

При сравнительном анализе параметров КЖ у мужчин и женщин обращает внимание наличие более низких показателей «обременительности заболевания» и «воздействие заболевания на повседневную жизнь» у женщин.

Наблюдение за больными в динамике показало улучшение КЖ за счет уменьшения влияния почечного заболевания на повседневную жизнь и обременительности заболевания, а также – улучшения физического (+10%) и психического состояния (+4,7%) у всех категорий больных.

У пациентов после ТП на фоне лучшего физического здоровья и показатели КЖ были лучше, за исключением показателя психического здоровья. Более высокие показатели КЖ имели пациенты, перенесшие ТП в более раннем возрасте, при АД ниже 141/91 мм рт.ст. и пациенты без вредных привычек.

Таким образом, исследование КЖ у больных с ХБП является важным фактором оценки воздействия лечения на социальный, эмоциональный и физический статус пациента, а ранняя психологическая подготовка больных на этапе до начала заместительной почечной терапии может способствовать повышению КЖ пациентов и комплаенсу пациентов.

Р8/4 ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ НАУКОВИХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПО ВИЗНАЧЕННЮ ЛІКУВАЛЬНИХ І ТОКСИЧНИХ ЕФЕКТІВ ЛІКІВ

О.В.Шумейко, Н.В.Савченко, В.Ю.Дяченко

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця Київ, Україна

Біоетика і біобезпека виникають як відповідь на стрімкий розвиток науки та технологій: біомедичних, промислових, сільськогосподарських, військових, інформаційних, та ін. Долаючи вади та недоліки, біоетика і біобезпека з часом набувають рис характерних для науки та технологій. Вони стають все більш конкретними, раціональними, прагматичними та стандартизованими. В зв'язку з глобалізацією негативних наслідків науково-технічного підходу до людини та навколишнього світу значною мірою підвищується роль біоетики та біобезпеки, їх принципів в управлінні різними сферами діяльності людини. Активне впровадження в медичну практику нових технологій лікування і глибокий аналіз ефективності та безпечності фармакотерапії є важливими характеристиками сучасного стану доказової медицини.

Результатами є забезпечення належної якості життя, суттєвого збільшення його тривалості та зменшення смертності в усіх країнах світу.

Згідно рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29 лютого 2009 року «Про біологічну безпеку» на кафедрі фармакології та курсу клінічної фармакології Національного медичного факультету імені О.О.Богомольця питання основ біоетики і біобезпеки включені в програми підготовки фахівців усіх спеціальностей при викладанні предмету фармакології і елективних курсів з фармакології «Побічна дія ліків». До робочих програм включені розгляд сучасних державних і міжнародних документів з проблеми біоетики і біобезпеки. На кафедрі фармакології традиційно вивчають особливості біохімічної, фізіологічної та квантової фармакології широкого спектру лікарських засобів для визначення лікувальних та токсичних ефектів при одноразовому і тривалому введенні тваринам з метою лікування, профілактики та протекції. Експериментальні дані про органопротекторну дію препаратів та біологічно активних речовин (метаболітної сполуки – маглюкорд та гермо грану) обґрунтовують можливість і перспективність їх безпечного застосування та розширюють показання для їх медичного призначення.

Впровадження методологічних основ та методичних підходів біоетики і біобезпеки в усіх сферах діяльності лікарів та представників медичної науки має ґрунтуватися на відповідних положеннях, достовірності яких не викликає жодних сумнівів. Активне втручання лікаря в патологічний процес у хворого вимагає узгодження його діяльності з закономірностями дії ліків і можливої небезпеки за певних умов. Ось чому ефективність впровадження основ біоетики та біобезпеки при проведенні наукових експериментальних досліджень по визначенню лікувальних і токсичних ефектів фармакотерапевтичних препаратів не викликає сумніву.

P8/5 ОСОБЛИВОСТІ БІОМЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ НАУКОВИХ РОЗРОБОК У НАУКОВОМУ ЦЕНТРІ

М.І.Омельянець, Т.В.Трескунова
ДУ «Науковий центр радіаційної медицини
НАМН України»
Київ, Україна

У галузі медичних наук ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України» є єдиною в Україні науковою установою із статусом наукового центру. Він є головною науковою установою в країні з медичних проблем Чорнобильської катастрофи та з питань радіаційної медицини, ра-

діаційної гігієни і радіобіології. До його складу входять три інститути, кожен з яких є спеціалізованою науково-дослідною установою: Інститут радіаційної гігієни та епідеміології, Інститут експериментальної радіології, Інститут клінічної радіології, а також клініка зі стаціонаром і двома поліклініками радіаційного реєстру та консультативної допомоги для дорослих і дітей. Дослідження проводяться на людях із залученням інформації про людей та в експериментах на тваринах. В останні роки у Центрі стали проводитись доклінічні та клінічні випробування лікарських засобів. Така структура та різноманітність наукових розробок, спрямованих на вирішення комплексу медичних, екологічних, соціальних і правових проблем подолання наслідків Чорнобильської катастрофи, обумовлюють особливості біомедичної експертизи наукових розробок.

Біомедичну експертизу наукових розробок у Центрі здійснює Комітет з медичної етики (КМЕ), який створено у вересні 2001 р. При формуванні його складу та визначенні завдань враховували такі принципи:

- незважаючи на різноплановість розробок, біомедична експертиза медичних наукових досліджень із залученням людських суб'єктів і тварин має бути зосереджена в одному комітеті й основне ядро його членів мають складати фахівці з гігієни, клінічної медицини, радіобіології;
- при всьому різноманітті наукових розробок методологія біомедичної експертизи має базуватися на загальних уніфікованих принципах;
- формування системи знань науковців з питань медичної етики має здійснюватися за єдиною навчальною програмою.

Для забезпечення дотримання принципів високої моралі, поваги до здоров'я та гідності, гарантії безпеки та захисту прав кожного суб'єкта дослідження і гуманного ставлення до піддослідних тварин було введено в дію «Інструктивно-методичні матеріали з питань експертизи проєктів НДР та дисертацій на відповідність вимогам норм медичної етики» (2002 р.). Клінічні випробування лікарських засобів належать до багаточетрових і проводяться відповідно до наказів МОЗ України від 13.02.2006 № 66 і 11.08.2006 р. № 560 та вимог Типового Положення про Комісію з питань етики. КМЕ співпрацює з Комітетом з питань біоетики при Президії АМНУ і Центральною комісією з питань етики МОЗУ та зареєстрованою Industry Pharmacogenomics Working Group (I-PWG). Щорічно проводиться 12-14 засідань КМЕ, на яких розглядаються заяви на нові НДР, наукові звіти, дисертації, міжнародні гранти. Для поліпшення роботи КМЕ необхідне вдосконалення законодавства України в галузі біоетики й поширення знань в учбових закладах.

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЗНАНЬ З БІОЕТИКИ, КОДЕКСИ ПОВЕДІНКИ З БІОБЕЗПЕКИ ТА БІОЗАХИСТУ

S9.1/1 ПОТРЕБА У ПОЛІПШЕННІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО ВИКЛАДАННЯ СУЧАСНИХ АСПЕКТІВ БІОЕТИКИ ЯК ЧАСТИНИ КУЛЬТУРИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О.З.Децик, Н.І.Кольцова, Н.Б.Федорків
Івано-Франківський національний медичний
університет
Івано-Франківськ, Україна

Сучасна необхідність розподілу відповідальності за прийняття складних рішень між лікарями, пацієнтами і суспільством потребує знання керівниками закладів охорони здоров'я основних питань із глобальної, професійної біоетики та етики прийняття рішень [Поттер Ван Рассел, 2002] і культури управління в цілому.

Для аналізу цих аспектів діяльності соціологічним методом за спеціально складеною програмою опитано 52 керівники закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) різного рівня. Оцінку реалізації принципів культури управління в закладах проводили на основі аналізу систематичності вивчення керівниками рівня задоволеності пацієнтів культурою відносин з управлінцями та медичним персоналом. Опитані керівники відповіли, що під час проходження акредитації закладу ці питання вивчаються стовідсотково. Поза її межами цей показник щодо культури спілкування із управлінцями вивчає 22,6% керівників, із лікарями – 67,8%, середнім і молодшим медперсоналом – відповідно 54,7% та 19,3%, іншими працівниками – 9,6%. Як бачимо, найбільша увага управлінців зосереджена на дотриманні професійної етики лікарями та середнім медичним персоналом. Стосовно культури спілкування з керівним складом ЗОЗ інформацію від пацієнтів отримує лише чвертька управлінців. Встановлено, що під культурою управління керівники розуміють в першу чергу характер поведінки під час спілкування, не акцентуючи уваги на інших її складових (культура процесу управління, умов праці та документообігу). Переважання кількості скарг пацієнтів

на первинному рівні підтверджує тезу про наявність субкультур [Шейн Е., 2008] в закладах різного рівня надання допомоги, їх підрозділах, в залежності від чисельності персоналу.

Принципи культури діяльності ЗОЗ, на думку респондентів, відображені у посадових інструкціях (41,9%), правилах внутрішнього розпорядку (42,0%), статуті закладу охорони здоров'я (32,2%), біоетичні аспекти – в обліковій документації. Біля 39,0% опитаних вважають, що вони «самі собою є зрозумілими». Культурними цінностями (переважно атрибутивні ознаки), які має запозичити працівник, вважаються: чесність і повага в стосунках (49,0%), справедливість (15,%). Першість інтересів пацієнта означена лише у 31,4% відповідей. Отримані дані відображають переважачу патерналістську модель взаємовідносин, а фіксація прав пацієнта має скоріше формальний правовий аспект щодо захисту медичного персоналу.

Отже, нами виявлені неповні знання щодо культури управління, зокрема біоетичних її аспектів. Це потребує включення питань біоетики у складові культури управління, формування відповідних навичок і вмій при проходженні післядипломної освіти. Наш досвід свідчить про успішність інтерактивного навчання, тим більше, що діалогове спілкування керівників із закладів різних форм власності дає можливість взаємообміну інформації щодо впровадження і документування новацій з біоетики під час вивчення тем щодо культури управління.

S9.1/2 ПРОБНЫЙ КУРС БИОЭТИКИ, ОСНОВАННЫЙ НА БАЗОВОЙ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ ЮНЕСКО

Б.Г.Юдин
Институт философии РАН, Москва, Россия

В октябре 2005 г. на Генеральной конференции ЮНЕСКО была принята Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека. После этого в 2008 г. Отделом этики науки и техноло-

гий Сектора социальных и гуманитарных наук ЮНЕСКО была разработана базовая учебная программа по биоэтике. Учебная программа включает 17 тем. Первые две нацелены на то, чтобы дать студентам предварительное объяснение того, что такое этика и что такое биоэтика. Каждая из последующих 15 тем посвящена рассмотрению соответствующего биоэтического принципа из Декларации ЮНЕСКО.

В конце 2009 г. пробный курс биоэтики, основанный на базовой учебной программе, был подготовлен и прочтен в МГУ им. М.В.Ломоносова. Проект поддерживался Московским бюро ЮНЕСКО.

Вообще говоря, обязательный курс биоэтики для студентов медицинских и фармацевтических вузов читается в России около 10 лет. Наряду с этим в отдельных вузах есть курсы биоэтики для студентов философских, биологических, биоинженерных и т.д. факультетов. В разных вузах России содержание курса может существенно различаться. В целом в медицинских вузах курс биоэтики обычно опирается на так называемую «джорджтаунскую мантру». При этом отдельные темы посвящены таким проблемным областям, как этические проблемы репродукции человека и начала человеческой жизни; решения, принимаемые в конце жизни; этические проблемы трансплантологии; генетическое тестирование и вмешательства в геном человека; права пациентов с психическими расстройствами; этические проблемы, связанные с ВИЧ/СПИД; этика биомедицинских исследований. Иногда курсы биоэтики структурируются в виде последовательного рассмотрения этических проблем, специфичных для каждой из медицинских специальностей.

Таким образом, курс, основанный на базовой учебной программе ЮНЕСКО, существенно отличается от более традиционных курсов, обычно читаемых в России. В целом учебная программа ЮНЕСКО в большей мере ориентирована не на индивидуалистские ценности, а на ценности солидарности, в ней большее внимание уделяется проблемам общественного здоровья и социальной справедливости, особенно в отношении развивающихся стран.

Сообщение, основанное на опыте участия в двух учебных программах по биоэтике, будет посвящено их систематическому сравнению.

S9.1/3 МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИКА ИЗУЧЕНИЯ БИОЭТИКИ В КОНТЕКСТЕ ПРОЕКТА ЮНЕСКО

Т.В.Мишаткина

*Международный государственный
экологический университет им. А.Д.Сахарова,
Минск, Республика Беларусь*

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая 33-й сессией Генеральной конференции ЮНЕСКО (2005 г.), содержит свод принципов биоэтики и создает глобальную платформу, на основе которой биоэтика может укореняться в каждом из государств-членов; при этом ЮНЕСКО уполномочена продвигать, распространять и развивать эти принципы в практических целях. В связи с этим Отделом этики науки и технологии ЮНЕСКО была разработана базовая учебная программа по биоэтике, а в ноябре 2009 г. между ЮНЕСКО и МГЭУ им. А.Д. Сахарова был подписан Меморандум об испытании этого курса в рамках академической программы МГЭУ. На основе программы по биоэтике ЮНЕСКО была составлена учебная экспериментальная программы «Биомедицинская этика» для основных специальностей факультета экологической медицины МГЭУ им. А.Д. Сахарова на 2009-2010 учебный год.

Базовая учебная программа ЮНЕСКО, на основе которой составлена программа МГЭУ, призвана ознакомить студентов с принципами биоэтики, изложенными во *Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека*. Программа предполагает определенную гибкость и дает возможность преподавателям и студентам расширять ее содержание и применять разнообразные подходы, а также адаптировать ее к конкретным условиям и методикам обучения.

Программа имеет инновационную нестандартную структуру. Она строится не вокруг изучения конкретных биоэтических проблем, таких как начало жизни или ее завершение, а вокруг провозглашенных в Декларации принципов биоэтики, которые непосредственно связаны с Правами человека. Поэтому базовая учебная программа рассматривается как минимальная программа обучения в области биоэтики, которая может обновляться и применяться более широко и гибко в зависимости от конкретных условий, чем и воспользовались составители учебной программы МГЭУ им. А.Д. Сахарова. Так, базовая программа ЮНЕСКО предполагает, что обучение должно проходить на клиническом этапе обучения. Однако рабочие учебные планы МГЭУ позволили запланировать

курс лишь на доклиническом этапе.

Программа предназначена, чтобы побудить студентов к размышлению об этических измерениях и аспектах медицины, здравоохранения и науки, связанных с правами человека, поскольку Декларация подходит к биоэтике более широко и охватывает как собственно этические, так и социальные проблемы. Общая цель изучения курса – научить студентов выявлять этические проблемы в медицине, здравоохранении и науках о жизни; давать рациональное обоснование этических решений; применять на практике этические принципы *Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека*. Изучение каждой темы начинается с определения конкретных целей, что позволяет разграничить отдельные темы и дать оценку самой программы и успеваемости студентов.

Обучению предшествует проведение предварительного тестирования. Анализ результатов опроса студентов 2 и 5 курсов показал, что их знания как в области биоэтики, так и в области прав человека в равной мере неустойчивы, бессистемны и фрагментарны, что подтверждает актуальность и необходимость введения курса «Биоэтика» по программе, разработанной ЮНЕСКО. Тестирование продемонстрировало авторитаризм мышления студенческой молодежи, поэтому желательна в изучении курса усилить акцент на этико-гуманистической парадигме и на ознакомлении с Декларацией прав человека. Особое внимание следует уделить мировоззренческим проблемам, связанным с Правом человека на Жизнь и достойную смерть, проблемам донорства в трансплантологии, аборта и эвтаназии, перспективам дальнейшего развития биомедицинских и генетических исследований, модификации традиционных принципов медицинской деонтологии.

После завершения курса по проекту ЮНЕСКО предполагается проведение двух видов оценки. Во-первых, оценивается преподавание курса: студентам и преподавателям по стандартному вопроснику ЮНЕСКО предлагается дать свою оценку результатов изучения учебной программы. Цель такой оценки – определить, каким образом можно улучшить и сам курс, и его преподавание. Во-вторых, проводится оценка знаний студентов с целью определить, привело ли прохождение курса к достижению поставленной цели каждым студентом. Эта оценка призвана определить то влияние, которое данный курс оказал на отдельных студентов. Здесь могут использоваться разные методы: письменное тестовое задание, тест с вариантами ответов, письменное задание, анализ конкретных ситуаций, доклады, эссе, устные экзамены.

S9.1/4 ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ БИОЭТИЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ

Н.А.Кириянов, В.Н.Левина

*Ижевская государственная медицинская
академия, Ижевск, Россия*

Одним из оправдавших себя путей формирования биоэтического сознания молодых учёных является сотрудничество в процессе образовательной и экспертной деятельности в области биоэтики. Уровень биоэтического образования аспирантов, совмещающих научную деятельность и клиническую практику, позволяет им стать в перспективе наиболее знающими современные этические проблемы здравоохранения врачами. Изучение аспирантами курса «Биоэтика и медицинская наука» на протяжении первого года обучения в аспирантуре имеет теоретический и практический аспект. С одной стороны они изучают более углублённо, чем студенты современную биоэтику, с другой стороны они готовятся к прохождению этической экспертизы своего диссертационного исследования. Опрос аспирантов последних двух наборов говорит о том, что практический аспект, знания, позволяющие решать конкретные проблемы своей научной деятельности, для них важнее, чем теоретический. Ожидания от курса таковы:

подготовка материалов к этической экспертизе – 62%;

получение информации, дающей возможность ориентироваться в современных международных стандартах биоэтики – 59%;

достижение углублённого понимания этических аспектов своего диссертационного исследования – 34%;

ознакомление с последними тенденциями биоэтики – 17%.

Первые три пункта ожиданий – практически ориентированы, в том числе знание международных стандартов биоэтики, которое позволит публиковаться в международных изданиях, стажироваться или работать за рубежом. Осведомлённость аспирантов в области достижений международного биоэтического движения поднимает в их глазах значимость решения биоэтических задач в российском здравоохранении, их собственной научной и врачебной деятельности, оправдывает требования, предъявляемые в процессе преподавания и этической экспертизы.

Сотрудничество в процессе преподавания и экспертной деятельности, с одной стороны позволяет уменьшить аспект формализма при подготовке документации Информиро-

ванного согласия, с другой стороны изгнать из преподавания тенденции схоластического теоретизирования. Эффективность такого сотрудничества отражается в том факте, что в большинстве, то есть 62% случаев аспиранты узнают о необходимости подготовки материалов для этической экспертизы от преподавателя биоэтики, а в 34% случаев его опережают аспиранты предыдущих лет обучения, которые делятся своим опытом с более молодыми коллегами. В сознании нескольких поколений аспирантов окрепло понимание того, что усилия, направленные на соблюдение биоэтической корректности научной и врачебной деятельности, есть неотъемлемая, само собой разумеющаяся часть их работы.

S9.1/5
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОМИТЕТОВ
ПО БИОЭТИКЕ В МЕДИЦИНСКИХ
УНИВЕРСИТЕТАХ ПОЛЬШИ

В.Козик, У.Контни, М.Чапка

*Высшая школа экономики и управления,
Бытом, Польша*

Деятельность комитетов по биоэтике в медицинских университетах Польши имеет свои особенности и регламентируется:

- Правилами
- Хельсинкской декларации; Этическими принципами проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов;
- принципом надлежащей клинической практики, изложенной в распоряжении министра здравоохранения от 11 марта 2005 года, подробными требованиями Надлежащей клинической практики: Руководство по Надлежащей Клинической Практике (CPMP/ ICH/135/95) 1
- Руководством Операций для комитетов по этике (Обзор биомедицинских исследований, ВОЗ, Женева, 2000 год.)

Деятельность комитетов по биоэтике, регламентируется законом от 5 декабря 1996 для профессий врача и стоматолога, приказом министра здравоохранения от 11 мая 1999 о правилах назначения финансирования и режима работы комитетов по биоэтике.

Центральная Комиссия по биоэтике создает Региональный медицинский совет в сфере своей деятельности. Комиссия в университете работает под руководством ректора. Комитеты по этике, назначаются на срок полномочий, на три года. Комитет по биоэтике, состоит из 11-15 человек, куда входят специалисты, а также представитель

другой профессии (например, священник, юрист, фармацевт, медсестра).

В наборе комитетов по биоэтике рассматриваются проекты медицинских экспериментов. В частности, клинические испытания проводятся в соответствии с Законом от 6 сентября 2001. – Фармацевтический Закон (сводный текст: Акты. Законы 2008 года № 45, п. 271, именуемая ГПП), в клинических испытаниях лекарственных средств и изделий, Закон от 20 апреля 2004 года о медицинских изделиях (OJ No 93, п. 896, с поправками.), – для медицинских и активных имплантируемых устройств.

S9.1/6
ЕВРОПЕЙСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ
ГЛОБАЛЬНОЙ БИОЭТИКИ

А.И.Ешану

*Государственный университет медицины и
фармации им. Н.Тестемицану
Кишинэу, Республика Молдова*

Современная Европа это содружество народов, объединенных единой моральной философией утверждающей уникальность и неповторимость каждой личности, ее достоинство и равноправие. Именно такую демократическую этику разделяют все европейские нации, несмотря на разделительные линии исторического опыта и трагических страниц общей истории. В этом едином культурном пространстве обозначена четкая тенденция универсализации биоэтики, ее методологических и моральных принципов, расширения ее предмета от проблематики биомедицинской сферы до современных глобальных проблем, принимая форму глобальной биоэтики. С этой точки зрения, биоэтика рассматривается как особое пространство духовной жизни Европы, как социокультурный феномен человеческой деятельности, как специфическая континентальная философия. Европейская модель глобальной биоэтики это своеобразная социальная технология, институционно формируемая в стандартизированной системе либеральных ценностей, но в то же время приоритетна идея не безграничного либерального индивидуализма, а идея солидарности и ответственности, через массовое присутствие в европейском законодательстве принципа уважения, автономии, достоинства, неприкосновенности личности и ее личной жизни, плюрализма, защита уязвимых слоев населения. Эти правила и принципы обеспечивают соблюдение прав и

свобод личности в биомедицинской сфере, защиты граждан от негативных последствий современных биомедицинских технологий. Таким образом, достигается основная цель европейской биоэтики, а именно разработки, внедрения и обеспечения соблюдения этических кодексов, законов, внося особый вклад в улучшение социальной и этической экспертизы в биомедицинском мире.

В европейской интерпретации глобальной биоэтики выделяются два аспекта. Первый из них заключается в оценке трагической истории Второй мировой войны и особенно ее биомедицинское измерение. Бесчеловечные эксперименты, проводимые на узниках нацистских лагерей, еще более укрепило решимость европейцев рассматривать Права Человека в качестве основополагающей онтологической парадигмы. Развитие европейской биоэтики и биоправа за последние 20 лет убедительно показывает, что концепция Прав Человека является стержневой в рассмотрении сложных этических коллизий, порожденных научно-техническим прогрессом, в том числе и в биомедицине. Сегодня в европейском биоэтическом дискурсе все чаще используется понятие целостности, имея несколько коннотаций в зависимости от контекста: достоинство, честность, благожелательность, интеллектуальная, духовная, телесная, генетическая целостность личности. Следует отметить, что эти моральные принципы относятся не только к человеческому обществу, но и ко всей биосфере. Второй аспект состоит в использовании права и закона как средства обозначения пределов биоэтики в социальном плане. Европейская биоэтика и биоправо приобретают новое качество социальной практики в поддержке тех социальных групп, которые находятся в ситуации моральной неопределенности, конфликта или отвергнутости со стороны общества. Как отмечается в различных документах ЕС и СЕ, в процессе формирования современных европейских государств принципы социального равенства и ценности были приоритетными по сравнению с принципом свободы, преобладающим в американском этосе. Для европейской биоэтики и биоправа важнейшим ориентиром остается Всеобщая Декларация Прав Человека 1948 года как прямой продолжательницы Декларации Прав Человека и Гражданина Великой Французской Революции 1789 года с ее моральными и политическими ценностями свободы, равенства, братства.

S9.1/7
ПРЕДМЕТ «БИОЭТИКА» КАК АСПЕКТ
ПРИВИТИЯ ЗНАНИЙ

М.М.Якубова

*Таджикский национальный университет,
кафедра биохимии,
Душанбе, Республика Таджикистан*

Задачей курса биоэтики как предмета является не только знакомство с современными этико-философскими концепциями, касающимися места и роли человека в природе, но и формирование у молодого поколения этического отношения к окружающему миру живого. Это поможет создать общество без насилия, взаимоотношения в котором опираются на нравственные принципы. Другая задача курса – с помощью изменения менталитета молодого поколения способствовать сохранению цивилизации и жизни на планете – единственной среды обитания человека и других существ

Актуальность введения курса биоэтики в программы школ и ВУЗов – это требование времени которое сопряжено с происходящими в Таджикистане процессами реформирования в области образования, работой по его гуманизации, информированию нового мировоззрения в модели подготовки кадров, а также в строительстве демократического, правового гражданского общества.

Надо исходить из того, что биоэтика должна пониматься как форма междисциплинарного общения, как возможность принять и применить традиционное для общества морально-этическое знание на практике, то есть как прикладная этика, которая исходит из принципа профессиональной подготовки будущих биологов, врачей, ветеринаров и других специалистов, с позиции «Человек и общество».

Важным является рассмотрение проблем биоэтики в контексте анализа и обсуждения с религиозными, культурными и другими аспектами и особенностями национального менталитета.

Особенностью предмета биоэтики является ее междисциплинарность – так как идеи ответственности перед всеми формами жизни необходимо при изучении различных предметов

Как известно, в настоящее время необходимо процесс гуманизации образования. Учебники для средней и высшей школ по биоэтике должны быть призваны воспитывать у учащихся и студентов уважение к жизни – к животным, к природной среде, к человеку. Такая последовательность должна учитывать возрастные особенности слушателей.

Введение изучения курса биоэтики в школах и вузах Таджикистана будет способствовать совершенствованию процессов гуманизации не только в образовании, но и в просветительской работе по разъяснению достижений и социокультурных аспектов в области биологии и медицины и формированию нового этического профессионального самосознания.

Проблемы биоэтики многогранны, сложны и для их решения обществу предстоит множество экзаменов на духовную и нравственную зрелость, поэтому введение курса биоэтики актуально в свете решения вышеуказанных проблем и является важной ступенькой на этом пути.

S9.1/8 **ЗНАЧЕННЯ КУРСУ «БІОЕТИКА»** **У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ** **КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ** **БІОЛОГІЇ**

А. В.Степанюк, О. С.Троцька

*Тернопільський національний педагогічний
університет імені Володимира Гнатюка,
Тернопіль, Україна*

Актуальність включення курсу «Біоетика» до навчального плану підготовки майбутніх вчителів біології зумовлена стратегічними завданнями підтримання гомеостатичного стану психо-фізіолого-екологічного статусу людини в антропічно-трансформованому середовищі її існування і діяльності. Разом з тим, докорінні екологічно-освітні зміни, які відбулися в Україні за останнє десятиліття, а також тенденції світового розвитку вимагають не менш серйозних змін у підходах до формування етичної вихованості молодих поколінь від яких залежить інтенсивність конструктивних змін у ставленні особистості та суспільства до глобальної екосистеми Земля, вихід його на нову прогресивну екологічно-безпечну стратегію проживання на планеті. Означені орієнтири виховання підростаючого покоління відображені у державних документах (Законі України про освіту, Державній національній програмі «Освіта» («Україна XXI століття»), Концепції національного виховання, Концепції екологічної освіти та ін.). Зокрема, наголошується на необхідності формування у молоді біосферної етики, яка є складовою природничо-наукової освіти.

Досвід викладання курсу «Біоетика» показав, що він сприяє формуванню в основному таких складових професійної компетентності педагога, як: спеціальна та методична. Найважливішими компонентами знань студентів,

що належать до професійної компетентності є знання історії розвитку біо(еко)етики; фундаментальних принципів та ідей стосовно різних типів світоглядів; знання основних проблем біоетики; здатність приймати етично виважені рішення.

Спеціальна компетентність передбачає наявність знань про способи розв'язання творчих завдань, пов'язаних з оцінюванням діяльності історичних осіб та стосунків між суб'єктами суспільного життя з точки зору біо(еко)етичної взаємодії; визначення і характеристику різних систем етичних цінностей; стратегії конструктивної природо-перетворюючої та природозберігаючої діяльності; вміння застосовувати навички екологічної культури і популяризувати та прищеплювати їх у професійній та громадській біо(еко)етичній діяльності.

Методична компетентність включає володіння різноманітними психолого-педагогічними методами біоетичного виховання (ідентифікація, рефлексія, емпатія, лабілізація, метод страху, творча терапія тощо), вміння застосовувати їх у процесі виховання, формувати у школярів критичне мислення, відповідальність за власні дії; вміння рефлексувати свою роль і вчинки у природі і суспільстві.

Загалом курс «Біоетика» позитивно впливає на розвиток пізнавального інтересу та творчих здібностей студентів, формування екоцентричного типу світогляду, що свідчить про доцільність подальшого вивчення цієї навчальної дисципліни.

S9.1/9 **ПЕРСОНАЛІСТИЧНА БІОЕТИКА В СИСТЕМІ** **МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**

с. Д.- Г.Т.Терешкевич

*Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького
Львів, Україна*

Становлення персоналістичної біоетики в Україні має важливе значення у сфері духовного і морального формування медичних і фармацевтичних працівників, а також для вирішення демографічної ситуації в Україні.

Можна говорити про дві сфери біоетики: загальну – характеризує етично-моральні цінності і принципи (моральна філософія), та прикладну, що пристосовує загальні принципи до конкретних тем і випадків під біологічним, медичним, юридичним та етичним профілями.

Викладання цієї дисципліни у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького має багату історію: ми першими розпочали викладання курсу біо-

етики серед усіх вищих медичних навчальних закладів України (з 1998 р.). На базі нашого університету проводяться науково-практичні конференції, в тому числі і щорічні студентські науково-практичні конференції з секцією біоетики. А у 2003 та 2009 роках було проведено дві Міжнародні науково-практичні конференції, які були включені в план заходів МОЗ України.

Біоетика як навчальна дисципліна за результатами оцінювання рівня науково-педагогічної, професійної діяльності викладачів займає одне з провідних місць в нашому медичному університеті, а на кафедрі філософії та економіки – посідає перше місце.

Актуальність розширення викладання біоетики продиктована потребою підготовки професійно-освічених спеціалістів в різних галузях науки, в першу чергу в медицині, де залишаються без вирішення найгостріші проблеми нашого суспільства, такі як наркоманія, алкоголізм, аборти, контрацепція, експериментування над людиною, трансплантація, штучне запліднення, генна інженерія, проблеми біобезпеки, евтаназія тощо.

Хотілося би бачити, як цей первісток біоетики, набравши сили в стінах нашого університету, розростається у потужне дерево життя, зокрема, через створення курсу чи кафедри біоетики. Великим дарунком було б спостерігати, як цей життєдайний струмок науки біоетики розлілється потоком вкрай необхідних знань для студентів, лікарів, державних урядовців та всіх людей доброї волі, які, здобувши їх, мужньо ставатимуть на захист людського життя, насамперед, ненародженого; щоб Україна припинила обезлюднюватися внаслідок «тихої війни» проти невинних і незахищених, як за часів голодомору і голокосту, і щоб звершилися пророчі слова Кобзаря:

« І буде син, і буде мати,

І будуть люди на землі...»

Нехай Господь укріпить нас на розпочатому шляху Своїм Животворним Духом і благословить у звершенні Його святої волі на Славу Божу.

S9.2/1 **УКРАИНСКИЙ НАУЧНО-** **ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР И ВОПРОСЫ** **БИОЗАЩИТЫ/БИОБЕЗОПАСНОСТИ В** **ГОСУДАРСТВАХ-УЧАСТНИКАХ ГУАМ**

К.А.Нижерадзе

*Украинский научно-технологический центр
Киев, Украина*

Украинский научно-технологический центр (УНТЦ) является некоммерческой межправи-

тельственной организацией, образованной 15 лет назад на основе соглашения, подписанного Украиной, США, Канадой и Швецией (которую через несколько лет в качестве одной из сторон заменил Евросоюз). Позднее к соглашению присоединились Грузия, Азербайджан, Молдова и Узбекистан.

Одним из основополагающих принципов при создании УНТЦ стало нераспространение (non-proliferation) учеными знаний и технологий, которые могут представлять угрозу для человека и его среды обитания. На практике, на территории стран ГУАМ при поддержке УНТЦ были реализованы сотни мирных исследовательских проектов (как фундаментального так и прикладного характера) на общую сумму более 188 миллионов долларов США, включая также организацию тренингов, симпозиумов и конференций. Знаменательно, что после 2002 года одно из ведущих мест в деятельности УНТЦ начинают занимать работы в области биотехнологии, медицины и сельского хозяйства. В этой связи следует отметить, что проекты, связанные с проблемами биозащиты и биобезопасности, рассматриваются УНТЦ как одно из приоритетных направлений дальнейшей работы. Прежде всего, это касается вопросов биозащиты при работе с патогенами человека и животных, а также проблем биозащиты в сельском хозяйстве.

Создание (либо модернизация существующих) эффективных систем биозащиты включает соответствующую подготовку персонала. Примером успешного сотрудничества УНТЦ и Министерства здравоохранения Украины является реализация проекта по созданию тренингового центра биозащиты и биобезопасности на базе Украинского научно-исследовательского противочумного института им. И.И. Мечникова в г. Одесса. Планируется проект по улучшению систем физической безопасности Украинской противочумной станции в г. Симферополь. Выполняется проект по изучению птичьего гриппа в Национальном научном центре «Институт экспериментальной и клинической ветеринарной медицины». При поддержке УНТЦ украинские и грузинские специалисты принимают участие в работе Европейской ассоциации по биозащите. Еще один проект УНТЦ связан с участием Азербайджана в работе образованной в 2009 году Ассоциации по биозащите стран Центральной Азии и Кавказа. Развитию направления, посвященного проблемам биозащиты и биобезопасности, способствует подписанный в этом году Меморандум о взаимопонимании между УНТЦ и Академией Медицинских Наук Украины. Реализация проектов УНТЦ в области биозащиты будет в значитель-

ной степени определяться сотрудничеством этой межправительственной организации с академиями и министерствами государств-членов ГУАМ.

S9.2/2 МЕСТО СОЦИАЛЬНОГО РИСКА В СТРАТЕГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЧЕЛОВЕКА: БИОЭТИКО- СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Д.К.Кобзак

*Государственный университет медицины и
фармации им. Н.Тестемицану
Кишинэу, Республика Молдова*

В условиях социальной сферы человека особое значение имеет методологический анализ проблем, связанных с отрицательными явлениями эпохи риска в полной своей экспансии. Существующие социально-экологические проблемы все более интенсивно влияют на жизнь и деятельность человека, а также на стремление нового поколения искать и находить средства борьбы для выживания человечества, акцентируя внимание на давление, которое оказывают условия существования на окружающую среду. Истощение или полное отсутствие невозобновляемых ресурсов необходимых для человеческой экзистенции, необратимые повреждения, которые могут поставить под угрозу равновесие биосферы – таковы некоторые из основных рисков, связанных с отношениями между человеком и природой. Последователи экологических движений во многих странах мира выступают против техногенных обществ и требуют со всей убедительностью и силой, которой располагают, возвращения человека в биосистемную среду. Случается, однако, что человек, сознательно или неосознанно, допускает определенный уровень риска и угроз от природы для себя и для общества, поэтому логична и правдива идея обеспечения человеческой безопасности, представляя собой объективную характеристику непредвиденных, неустойчивых условий жизни и деятельности индивидуума.

Природа существующих новых технологий предполагает риск в их использовании именно из-за неопределенности достижения целей, для которых они были спроектированы. Следовательно, позиционирование человека в его бизнес-среде, в условиях множества конкурентоспособных ценностей, норм и образов жизни, без твердой и убедитель-

ной гарантии быть правым, в значительной степени зависит от случайности и требует высокую этико-моральную психологическую цену. Любое сопротивление преобладанию форм существования может оказаться препятствием на пути достижения глобальных целей. Осознание опасности, оценка угрозы для здоровья человека и риска, имеющего своё происхождение в окружающей среде, требует междисциплинарного подхода к проблемам надзора населения. В этом случае мы вполне осознаем, что возможный риск в условиях современных технологий может иметь фатальные последствия не только для огромного числа населения, но и для самой жизни на Земле. Тем не менее, пытаясь предотвратить отталкивающие последствия, мы обращаем внимание на то, что опасности, которые угрожают окружающей среде, делают необходимым переосмысление организации и способа проведения нравственной деятельности человека. Если до сих пор было достаточно человеку принимать активное участие в достижении прогресса, сегодня этот вклад необходимо ориентировать на общечеловеческое назначение, названное *выживанием человечества*, потому что только под интенсивным влиянием научно-технического прогресса развиваются и знания биологической этики.

S9.2/3 ЭЛЕМЕНТЫ БИОЭТИКИ В ОБРАЗОВАНИИ БИОЛОГОВ

М.В.Капитальчук

*Приднестровский университет
Тирасполь, Молдова*

Все формы отношений человека с природой взаимосвязаны и характеризуют природу как уникальную ценность. Гармонизация отношений общества и природы позволить не только обеспечить ныне живущим и последующим поколениям здоровую среду жизнеобитания, организовать рациональное использование природных ресурсов, но будет также способствовать формированию у человека определенных духовно-нравственных ценностей. В настоящее время в связи с перориентацией образовательной системы со знаниевой парадигмы на парадигму становления личности актуализируются проблемы организации биоэтического образования. И первая проблема, которую предстоит решить на пути развития биэтического образования – это проблема подготовки педагогов, имеющих не только знания в области

биоэтики, но и способных научить формировать на основе этих знаний новое ценностное отношение к окружающему миру. В классических университетах биоэтическое образование может быть представлено в 2-х вариантах: на философском и на биологическом факультетах. Это обусловлено тем, что биоэтику в настоящее время рассматривают и как одно из направлений этики, и как особое направление в развитии биологического знания. Подготовку таких педагогов в Приднестровье может взять на себя естественно-географический факультет ПГУ им. Т.Г. Шевченко. Система высшего профессионального образования в Приднестровье, являясь частью образовательного пространства России, в неизменном виде воспроизводит в своих учебных планах по всем специальностям федеральный компонент российских образовательных стандартов. Поскольку биоэтика не предусмотрена федеральным компонентом для специальностей биология и география, то она не читается в виде самостоятельной дисциплины для этих специальностей в Приднестровском университете. Однако на протяжении ряда лет студенты-биологи изучают принципы *этики экспериментов на животных, экоэтики, медицинской этики* (отношения к человеку и человеческому эмбриону) в разделе спецкурса «Биополитика», *исторические и философские основы биоэтики* преподаются в течении всего курса «История и методология биологии» а *природоохранная эстетика*, как составная часть экологической этики, читается в виде раздела дисциплины «Охрана окружающей среды». В типовой программе по дисциплине «биоэтика» выделяются следующие направления биоэтики: философское, экологическое, взаимоотношения человека с животными, медицинское. Таким образом, биологи Приднестровского университета имеют представления обо всех современных направлениях биоэтики.

S9.2/4 ИСТОРИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ТРАЕКТОРИИ РАЗВИТИЯ БИОЭТИКИ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Т.Н.Цырда

*Государственный университет медицины и
фармации им. Н.Тестемицану
Кишинэу, Республика Молдова*

Любой феномен, любая система в своем развитии эволюционирует в разные направления, по различным траекториям, модифи-

цируя свое содержание до такой степени, что они нередко становятся взаимопротиворечащими, даже взаимоисключающими. Нечто подобное происходит и с биоэтикой. С момента своего зарождения (1970 г.) биоэтика начала развиваться как научное междисциплинарное направление по каким-то траекториям, без четко сформулированных философско-методологических принципов, отождествляясь часто многими авторами с другими уже известными этическими дисциплинами. Кроме того, подобное научно-теоретическое состояние биологической этики делает ее развитие, прежде всего в содержательном плане, несоответствующим одному из главных современных методологических принципов научного исследования – принципу корреспонденции. В работе анализируется и обосновывается присутствие особого пути эволюции биоэтических знаний, которого мы называем *концептуально-траекториальным*, что делает современную биоэтику специфической отраслью знания, достигшей статуса понятийной модели только в отдельных случаях, например в интерпретации ее основателя В.Р.Поттера и не более.

Сегодня в научно-философской литературе можно обнаружить несколько концептуальных траекторий в эволюции биоэтики. На начальном этапе ее развития мы были свидетелями формирования двух наследий: В.Р.Поттера и Андре Хеллегера. Если у первого биоэтика рассматривалась в широком смысле, как наука выживания, то у второго траектория ее эволюции совпадает с уже известным типом профессиональной этики – медицинской. Естественно, что *первая* концептуальная траектория ведет прямо к формированию адекватной *модели* биоэтики, тогда как *траектория* А.Хеллегера ничего подобного даже не подозревает. Не любая, стало быть, траектория в эволюции биоэтики ведет к образованию ее истинной теоретической модели.

В конце '70-х г.г. XX-го века появляется *третья концептуальная траектория* развития биоэтики – *североамериканская биомедицинская этика* Т.Л.Бочампа и Дж.Ф.Чилдресса, в основе которой был заложен систематический моральный и частичный правовой анализ медицинской практики того времени. Ее авторы предлагают реализовать революционный переворот – заменить этику Гиппократова биомедицинской этикой, базирующейся на уважении прав и свобод личности. Для решения этических дилемм, возникающих в процессе использования современных биомедицинских технологий, предлагается четыре моральных принципа: автономия личности, «не навреди», «делай благо» и справедливости. Данный под-

ход, основанный на принципізмі і вважаючись найбільш розробленим в теоретико-методологічному плані, все ж не досяг рівня, який дозволив би його авторам сформулювати чітку і адекватну модель біоетики. Їх концепція привела, в кінці кінців, до отождествлення біоетики з біомедицинської етикою.

Європе належить становлення *четвертої концептуальної траєкторії* біоетики. Последня актуалізується тут до середини '80-х рр. минулого століття. В результаті реалізації в 1995-1998 рр. міжнародного дослідницького проекту формулюються чотири моральних принципів *європейської біоетики і біоправа*: автономія особистості, гідність особистості, інтегральність і уразливість. Європейська концептуальна траєкторія біоетики, як і північноамериканська, ґрунтується на принципізмі. Ці імперативи тісно пов'язані з ліберальними цінностями. Одночасно, тут ми бачимо певні тенденції до універсалізації, розширенню предмету етики до екологічних і інших глобальних проблем. Тим не менш і дана концептуальна траєкторія не знайшла адекватного шляху до становлення і розвитку чіткої моделі біоетики, остання теж отождествляється з біомедицинської етикою.

Нарешті, логічно виділити *п'яту концептуальну траєкторію* в еволюції біологічної етики, *глобальну біоетику* пізнього В.Р.Поттера, де він намагається розвиваючись окремо в кінці ХХ-го століття в США прагматичну медичну і інвайронментальну етику, поєднати в одну етику – *глобальну*, яка безсумнісно відповідає всім науково-теоретичним вимогам називається моделлю біоетики, оскільки розповсюджує свої моральні імперативи на всю біосферу і має своїм ґрунтом філософсько-методологічні принципи біосфероцентризму, козволюції і др.

S9.2/5 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ КОДЕКСОВ В СФЕРЕ БИОЭТИКИ

В.И.Бакштановский
НИИ прикладной этики ТюмГНГ
Тюмень, Россия

1. Современное общество предъявляет биэтике *вызовы*, создающие напряженные нравственные ситуации для общественной, индивидуальной и прикладных моралей. Дилеммы биэтики – «заказ» не только

для моральной философии, но и для этико-прикладного знания. Биэтика как одна из сфер прикладной этики заинтересована в освоении ресурса инновационной парадигмы прикладной этики. На обсуждение биоэтического сообщества выносятся гипотезы о возможности освоения разработанной НИИ ПЭ концепции и технологии проектирования этических кодексов.

2. Этический кодекс в инновационной парадигме прикладной этики рассматривается как процесс и результат (а) *конкретизации* общесоциальной морали в сегментах профессиональной и надпрофессиональной этики и, соответственно, *институализации* конкретизирующейся морали; (б) проектно-ориентированного *приложения* этического знания.

3. Кодекс – документ *небюрократического* назначения. Его формат – *императивно-ценностная декларация как ориентир* самопознания и саморегулирования сообщества. Не являясь ни «добровольным ошейником», ни инструментом «моральной полиции», ценности и нормы Кодекса – предмет *внутреннего* решения субъекта.

4. Адресат кодекса – не пассивный читатель надписей на придорожном «моральном указателе», но субъект рационального морального выбора. Феномен конкретизации общесоциальной морали в Кодексе не отменяет базового условия моральности: *возможности* выбора и *способности* выбирать. А если «отменяет», значит, создан лишь свод *внеморальных* или *квазиморальных* правил.

5. Формат Кодекса предполагает культивирование компетентности субъекта в проблемах морального выбора. Предлагаемые Кодексом ориентиры не избавляют субъекта от самостоятельного решения нравственных конфликтов. Кодекс – своеобразная *лоция* для творческого морального выбора в конкретных ситуациях.

6. В Кодексе должно быть найдено место не только для требований «идеально-должного» или критики нравов, но и для ориентиров «реально-должного»: содержащиеся в нем нормы соответствуют нравственным ситуациям, складывающимся в координатах *здесь и сейчас*. В то же время установка на *реально-*должное не означает попустительского оправдания нравов ссылками на «трудные обстоятельства».

7. Макет кодекса: Преамбула (Проблемная ситуация; Мотивы и намерения; Формат) – Мировоззренческий ярус – Нормативный ярус – В ситуации нравственного конфликта – «Минимальный стандарт» правильного поведения – Статус этической комиссии – Действен-

ность кодекса – Комментарии.

Создание Кодекса – не разовое «мероприятие», Кодекс – *текст*, который постоянно обновляется и развивается.

S9.2/6 РЕАЛІЗАЦІЯ БІОЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ У ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ ЯК ЗАСІБ ГУМАНІЗАЦІЇ ОСВІТИ

Г.Я.Жирська
Тернопільський національний педагогічний
університет ім. В. Гнатюка,
Тернопіль, Україна

Процес гуманізації сучасної освіти, що відбувається останнім часом, не може здійснюватися без врахування етичних принципів не лише у ставленні людини до іншої людини, а й до всіх проявів життя. Розвиток наук про життя (фізіології, психології, медицини, біотехнології) вимагає врахування комплексу соціальних, правових, екологічних та педагогічних аспектів, оскільки саме майбутнє покоління відповідатиме за збереження життя небайдужої людини, здатної цінувати, любити, співчувати, допомагати, та збереження видової різноманітності живого на планеті взагалі. Тому виховання школяра як людини моральної, відповідальної, людини культури з розвитком етичним ставленням до навколишнього світу і самої себе у Концепції загальної середньої освіти (12-річної школи) визначено одним із основних завдань загальноосвітньої школи.

Сучасна освіта актуалізує роль загальнолюдських цінностей, необхідних для конструктивного розв'язання глобальних проблем світової цивілізації. Це мир, свобода, рівність, труд, істина, краса, совість, гідність, добро, честь, обов'язок тощо. Людина – носій цінностей, які відображають її ставлення до потреб іншої людини та всього живого з позицій гуманізму. Ми вважаємо, що надзвичайно важливим завданням у вихованні сучасної молоді є формування у неї таких цінностей, які характеризують активне ставлення до людини і всього живого, що ґрунтується на повазі до будь-якої форми життя, усвідомлення його недоторканості, визнання життя найвищою цінністю у світі. Таке ставлення проявляється у відповідних переконаннях, у постійному дотриманні гуманістичних принципів, норм і правил, в альтруїстичному характері почуттів і переживань, у переважанні соціально цінних мотивів поведінки. Воно знаходить вираження у визнанні потреб та інтересів іншої людини, її права на свободу волевиявлення, здатності до духовного самовдосконалення. Проявом ціннісного ставлення є доброзичливість і довіра, співчуття і співпереживання, доброта і милосердя, добро-

чинність і своєчасна допомога, переживання глибокого задоволення від безкорисливої турботи про живу істоту.

Процес формування особистісних цінностей складний і багатограний. Його структуру складають компоненти, які відображають різні рівні функціонування внутрішніх цінностей: потреби, інтереси, почуття, мотиви, воля, оцінка, переконання, ставлення та якості особистості. Виходячи із такої структури, розумне обмеження матеріальних та розвиток соціальних і духовних потреб є базовою умовою ціннісного виховання гуманної особистості. Розуміння особистісного смислу об'єктів і явищ природи в переживаннях людини є основою усвідомлення цінності. У виховному процесі з позицій біоетики дитина має відчувати, що природа – багатогранна цінність: не лише господарська і рекреаційна, яка дає людині матеріальний достаток, але духовна, етична, естетична, освітня, історико-культурна, патріотична, політична, релігійна, навіть символічна, еталонна, музейна, волюва, натхненна, цінність спадщини, притулку для підтримання життя, захисту від нових хвороб. Такий неоціненний скарб природи людство зобов'язане зберегти.

S9.2/7 IMPLEMENTATION OF BIOSAFETY AND BIOSECURITY RELATED CODES OF CONDUCT

O.O. Kysil
National Taras Shevchenko University of Kyiv and
Palladin Institute of Biochemistry of the National
Academy of Sciences of Ukraine
Kyiv, Ukraine

Being one of the 163 State Parties to the Convention on the Prohibition of the Development, Production and Stockpiling of Bacteriological (Biological) and Toxin Weapons and on their Destruction (BWC), Ukraine undertakes obligations to take all necessary measures to prohibit and prevent proliferation of biological weapons. These obligations concern all biological agents and toxins meant for hostile purposes or usage in the armed conflict, also as relevant weapons, equipment or means of delivery designed to use such agents and toxins.

In order to assist effective implementing of the BWC obligations by each of the State Parties there are some additional binding agreements reached jointly at successive review conferences and the common understandings reached at annual intersessional meetings. In 2005 after discussing on the content, promulgation, and adoption of codes of conduct for scientists the State Parties recognised that such a code in the fields relevant to the BWC, being voluntarily adopted, can support the

object and purpose of the Convention by making a significant and effective contribution, in conjunction with other measures including national legislation, to combating the present and future threats posed by biological and toxin weapons, as well as by raising awareness of the Convention, and by helping relevant actors to fulfil their legal, regulatory and professional obligations and ethical principles [1]. The State Parties also stated that a range of different approaches exist to develop codes of conduct in view of differences in national requirements and circumstances. In 2006 the Sixth Review Conference additionally recognized the importance of codes of conduct and called upon States Parties to support and encourage their development, promulgation and adoption [2].

In 2005 on the adoption of codes of conduct the States Parties agreed on the value of (a) demonstrating the benefits of codes and encouraging relevant actors to develop codes themselves; (b) using existing codes, mechanisms, frameworks and bodies as far as possible; and (c) tailoring adoption strategies according to the needs of each relevant sector. So, each State Party needs to select the exact way how such a code should work and how it should be introduced to scientific community. As example of the implementation of a code of conduct the one developed by the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences and its six main issues (raising awareness; research and publication policy; accountability and oversight; internal and external communication; accessibility; and shipment and transport) are discussed [3], and relevant recommendations to Ukraine are proposed.

The Report of the 2005 Meeting of the States Parties to the BWC, 5-9 December 2005, Geneva. – 2005. – 13 p.

The Final Document of the Sixth Review Conference of the States Parties to the BWC, 20 November – 8 December 2006) Geneva. – 2006. – 47 p.

A Code of Conduct for Biosecurity. – KNAW, Amsterdam. – 2007. – 43 p.

S9.2/8 СЕРТИФІКАТНА ПРОГРАМА З БІОЕТИКИ «НА СЛУЖБІ ОХОРОНИ ЖИТТЯ»

Ігор Бойко

Український католицький університет, Львів, Україна

- Гуманізація медицини на основі християнських цінностей та персоналістичної моделі біоетики
- Виховання пошани до цінності та гідності людського життя від зачаття до природної смерті
- Поглиблення знань з християнської моралі та

біоетики через викладання тематичних курсів

- Підготовка компетентних фахівців у галузі біоетики для праці в біоетичних комітетах України
- Вишкіл фахівців у сфері паліативної опіки, які працюватимуть у хоспісах та інших лікувальних закладах
- Спеціалізована освіта для медичних капеланів, душпастирів та волонтерів
- Програма розрахована для:**
 - лікарів
 - біологів
 - медичних сестер
 - душпастирів
 - провізорів
 - юристів
 - працівників паліативних відділень
 - волонтерів
 - усіх зацікавлених осіб
- Загальний обсяг курсів становить 240 лекційних годин
- Викладачі сертифікатної програми з біоетики – це спеціалісти з України та Європи
- Випускники отримують сертифікат про успішне завершення програми

P9/1 БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗРОБКИ І ВПРОВАДЖЕННЯ КОДЕКСУ ПОВЕДІНКИ З БІОБЕЗПЕКИ ТА БІОЗАХИСТУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ МОВНИХ ФОРМ І ЗАСОБІВ ВПЛИВУ ОДНИХ ЛЮДЕЙ НА РОЗУМОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ ІНШИХ

П.П.Бачинський¹, Т.П.Цігнадзе²

Дніпропетровський національний університет

ім. Олеса Гончара¹,

Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня², Дніпропетровськ, Україна

В «Основах законодавства України про охорону здоров'я», які введені в дію Постановою Верховної Ради України 19 листопада 1992 р. за № 2892 – XII, в статті 10 «Обов'язки громадян у галузі охорони здоров'я» записано: «Громадяни України забов'язані: а) піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян». Виконання вказаних забов'язань має різні форми і засоби в суспільстві, але одним з найскладніших і недостатньо досліджених в плані біоетики є використання мовних форм і засобів впливу одних людей на розумову діяльність інших, якими створюється не тільки біобезпека та біозахист, але може бути спричинене і біопошкодження розумової діяльності. Діапазон впливів тут безмежний: від заповідей Нового Заповіту Ісуса Христа до відомого «Homo homini lupus est».

При науковому дослідженні окресленої проблеми розрізняють дві форми мови –

експресивну (зовнішню), яка озвучена мовленнєвим голосовим апаратом, і внутрішню, яка не озвучена мовленнєвим голосовим апаратом, а може бути переформатована у СМС-повідомлення, записки, листи, листівки, газетні чи журнальні статті, тексти тез доповідей на наукових та партійних з'їздах, вірші, поеми, різножанрові повісті, романи, комедії, драми та інше. В останній час особливе місце серед засобів впливу людини на людину займають тексти великих рекламних плакатів довгострокової дії, які розміщують в часто відвідуваних місцях. При використанні текстів великих рекламних плакатів довгострокової дії під час виборів Президента України у містах, де кількісно переважає російськомовне населення, тексти російською мовою були написані буквами великого розміру, а ті ж тексти державною мовою були набрані дрібнесеньким шрифтом. Це типова і широко розповсюджена форма порушення кодексу поведінки з біобезпеки та біозахисту, що приводить до біопошкодження розумової діяльності з розпаленням етнічної ворожнечі. Вказане порушення продовжують масово тиражувати при підготовці місцевих виборів, на що використовують великі кошти, у тому числі державні.

Використання експресивної мови при міжособистісному спілкуванні дорослих членів сім'ї з новонародженими дітьми в їх перші три роки життя виявилось ні чим не замінним засобом розумового розвитку дитини. Експресивна мова має біофізичну природу і є матеріалізованою формою інтелектуальної діяльності, яка для новонародженої дитини є антропогенним екологічним (зовнішнім) чинником. При спілкуванні з новонародженими дітьми в їх перші три роки життя, коли формуються основи інтелекту, генетично рідною мовою забезпечується біобезпека і біозахист оптимального розвитку інтелекту, тоді як використання у цей період генетично чужорідної мови гальмує формування оптимального розвитку інтелекту, тобто завдає біопошкодження. (Ушинський К.Д., 1954; Федоренко Л.П., 1984; Потебня О.О., 1993; Бачинський П.П., 2000, 2002-2005; Бачинський П.П., Цігнадзе Т.П., 2004, 2007, 2009).

Значну роль у впровадженні кодексу поведінки з біобезпеки та біозахисту відіграє експресивна мова педагогічних працівників у навчально-виховному процесі в дитячих садках, школах, коледжах, ліцеях, вищих навчальних закладах. Все більшого значення у впливі одних людей на розумову діяльність інших набуває експресивна мова через озвучення в радіо- та телепередачах, кінофільмах,

театральних виставах, вокальних концертах, що надає актуальності біоетичним проблемам розробки на науковій основі та впровадженню кодексу поведінки з біобезпеки та біозахисту при використанні різних мовних форм і засобів впливу одних людей на розумову діяльність інших.

P9/2 ЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО- ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

В.І.Чернюк; О.М.Ткаченко;

В.Б.Ластовченко; І.М.Буцик

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»

Національний університет біоресурсів і

природокористування України

Київ, Україна

«Етика життя або біоетика це розділ прикладної етики, філософської дисципліни, яка вивчає проблеми моралі перш за все стосовно людини та всього живого. Вона визначає, які дії стосовно живого з моральної точки зору припустимі, а які неприпустимі. В сучасному суспільстві біоетика стала ознакою цивілізованості» (Ю.І.Кундієв, 2003). Отже поліпшення соціального самопочуття та сприяння у створенні умов для забезпечення гідного життя людини, як члена суспільства – все це є безпосередніми практичними завданнями соціальної роботи.

Професія соціального працівника і педагога за її сутністю дуже різноманітна і багатоаспектна. Специфіка цієї діяльності насамперед полягає в тому, що такий працівник найчастіше взаємодіє з такими категоріями населення, що можуть бути віднесені до соціально вразливих контингентів. Це діти і підлітки з проблемами і відхиленнями – дев'янтною, делінквентною, аддиктивною поведінкою та дезадаптовані; діти – сироти; особи з обмеженими психічними і фізичними можливостями; різні види сімей – багатодітна, малодітна, молода, неповна, первинна, вторинна, різноманітна, складна, позашлюбна, вторинношлюбна, міжнаціональна, дискантна, опікунська, це сім'ї, де є засуджені; самотні жінки; безробітні; люди, які звільнилися з місць позбавлення волі; люди похилого віку; біженці. Тому діяльність соціального працівника насамперед потребує дотримання принципів біоетики.

Соціальна робота етична у своїй сутності є проявом суспільної моральності; у ній не існує таких норм і розпоряджень, таких обмежень і правил, які б ігнорували моральні принципи і духовні цінності, схвалювані суспільством. Чесність, справедливість, тактовність, повага і терпіння, любов до людей, комунікабельність –

моральної якості, якими повинен володіти соціальний педагог. Крім того, в соціально-педагогічній діяльності необхідно дотримуватися певних етичних принципів, норм та правил. Вони повинні відповідати основоетичним вимогам біоетики, запропонованим Т.Л. Бошаном та Дж.Ф. Чайлдрессом, а саме принципам автономії, доброчинності, справедливості та принципу «не нашкодь». В етичних нормах соціального працівника відображено основні вимоги і критерії поведінки фахівця, які впливають зі специфічних умов та змісту його діяльності. Ці норми зафіксовані у професійно-етичних кодексах і мають виконуватись незаперечно. Етика соціального працівника пропонує пошук резервів, використання різноманітних ресурсів: від соціальних до особистих як самого соціального працівника, так і об'єкта соціальної роботи. Як свідчить міжнародний досвід, фахівці цієї сфери використовуються як експерти при підготовці законодавчих актів, прийняття відповідних рішень органами влади та приймають активну участь у роботі громадських організацій тощо. Питання у тому, щоб досягти ефективного втілення цих гуманних і благородних принципів біоетики в діяльності соціально-педагогічних служб в Україні.

МІЖНАРОДНИЙ СЕМІНАР «ВТРАЧЕНІ МОЖЛИВОСТІ ЩОДО ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ»

S10.1/1 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖІНОЧОГО ТА ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Ю.Г. Антипкін

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та
гінекології НАМН України»
Київ, Україна*

Збереження та поліпшення стану здоров'я громадян України постало найважливішим пріоритетом нації у XXI сторіччя. Незадовільна ситуація, яка склалась з рівнем стану здоров'я населення за останні роки негативно впливає на загальноекономічну ситуацію у державі та потребує невідкладного проведення соціально-економічних реформ.

Занепокоєння викликає незадовільна демографічна ситуація в Україні, зокрема значне зменшення народжуваності. Тому, охорона материнства і дитинства як найбільш вразлива до впливу негативних чинників галузь має знаходитись під особливою опікою держави.

Сучасний стан здоров'я жіночого та дитячого населення нашої країни вимагає нових ефективних шляхів вирішення проблем щодо його збереження і зміцнення. В першу чергу це стосується оздоровлення оточуючого середовища, створення належних умов життя і праці жінкам, формування здорового способу життя, репродуктивної установки сім'ї, антенатальної охорони плода, підвищення рівня підготовки медичних працівників з питань надання медичної допомоги жінкам під час вагітності, та пологів, впровадження сучасних ефективних медичних технологій тощо.

Служба охорони репродуктивного здоров'я, створена в Україні за останні роки, базується на основних принципах та рекомендаціях ВООЗ для країн європейського регіону: зміцнення стану здоров'я жінок шляхом організації більш доступної і менш затратної первинної медико-санітарної допомоги високої якості, включаючи служби охорони сексуального і репродуктивного здоров'я (центри

і інформаційні служби з питань планування сім'ї); розробка політики і програм підтримки виконання чоловіками і жінками обов'язків батьків, створення безпечних умов побуту; забезпечення умов безпечного материнства.

МОЗ України та АМН України старанно розвивають національну акушерско-гінекологічну службу, сприяють втіленню сучасних, міжнародно визнаних перинатальних технологій з метою створення умов для безпечного материнства та народження здорових дітей. У цьому напрямку здійснюється реорганізація пологових стаціонарів шляхом створення у відповідності до вимог законодавства (Сімейний та Цивільний кодекси) лише індивідуальних та сімейних пологових залів із залученням родини з метою зниження рівня ускладнених пологів.

Однак, під час гармонізації організації акушерко-гінекологічної, перинатологічної та педіатричної служби з вимогами міжнародних організацій та професійних асоціацій виникає безліч етичних проблем, вирішення яких дозволить забезпечити якісне надання висококваліфікованої допомоги з урахуванням прав пацієнтів, змін до морально-етичного кодексу лікарів.

В цьому напрямку основними пріоритетами для суспільства та професійної медичної громади є: визначення та подолання контрверсійних з етичної та правової точки зору проблем вагітності високого ризику, медичного абортів, передчасних пологів, недоношених дітей з екстремально низькою масою тіла, народження дітей з перинатальними ураженнями нервової системи, вродженою і спадковою патологією, а також використання допоміжних репродуктивних технологій.

Важливого медичного, етичного й соціального значення набула проблема вакцинопрофілактики внаслідок широкої відмови населення від її проведення, що становить загрозу суспільному здоров'ю та потребує забезпечення необхідного рівня профілактичних щеплень в країні. Сьогодні потребує вирішення також проблема раннього початку шкільного

навчання, соціально-психологічної адаптації дітей до нього. Необхідно на державному рівні законодавчо захистити права дітей – інвалідів, їх батьків та забезпечити умови для повноцінного розвитку, соціальної реабілітації та відновлення їх працездатності в майбутньому.

S10.1/2 **НАГАЛЬНІ ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ** **ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ**

**Ю.Г.Антипкін, Л.І.Омельченко,
Л.В.Квашніна, О.Г.Шадрін, Т.Р.Уманець**
*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,
м. Київ, Україна*

Охорона здоров'я дітей є стратегічним загальнонаціональним пріоритетом політики держави, яка спрямована на забезпечення прав кожної дитини на життя, здоров'я, освіту та соціальний захист.

Бурхливий розвиток наприкінці 20 та на початку 21 століття біології і медицини, створення та застосування нових біотехнологій, вакцин, лікарських засобів, значно розширюють можливості профілактики та лікування різних хвороб у дітей, але поряд з позитивним ефектом супроводжуються певним ризиком непередбачуваних медичних та соціальних наслідків для окремої дитини і дитячого населення в цілому. В цьому аспекті питання медичної етики в педіатрії стоять гостро та потребують постійної уваги до них з боку педіатрів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я.

Важка ситуація, що склалася в Україні відносно вакцинопрофілактики серед дитячого населення, окремі випадки ускладненого перебігу поствакцинального процесу у навіть здорових дітей, неадекватна інформаційна політика засобів масової інформації призвели до відмовлень багатьох батьків від планових щеплень. Це викликає небезпеку зниження колективного імунітету та можливості спалахів дитячих інфекційних хвороб, їх тяжкого перебігу з загрозою летальних випадків. Тому виникає потреба змін етичної тактики щодо вакцинопрофілактики у дітей з впровадженням індивідуального підходу та обов'язковим залученням батьків до цього процесу з їх поінформованою згодою на проведення щеплення та відповідальність за спостереження щепленої дитини і своєчасне звернення до медичних працівників в разі будь яких ускладнень. Існують етичні проблеми, що стосуються збереження здоров'я дітей у шкільний період життя. Потребують остаточного з'ясування питання доцільності раннього, з 6 річного віку,

початку шкільного навчання та відповідності його вимог рівню психоемоційного розвитку та фізичній підготовленості дітей. Недостатньо уваги з боку сім'ї, педагогів та суспільних організацій приділяється культурному вихованню майбутніх поколінь з акцентом на необхідності дотримання здорового способу життя та пріоритеті збереження власного здоров'я.

Особливо гостро питання про захист прав дитини постають при проведенні наукових клінічних досліджень та випробувань нових фармакологічних засобів у дітей та підлітків. Як неповнолітні, вони не можуть об'єктивно оцінити користь і ризик від участі в таких програмах. Це загострює питання щодо законодавчого захисту прав дитини, додержання принципів моралі і норм медичної етики при їх залученні до клінічних випробувань лікарських засобів та проведення наукових досліджень в педіатрії. Потребує також удосконалення законодавчої бази відносно відповідальності батьків та опікунів щодо виконання медичних рекомендацій зі збереженню здоров'я дітей, посилення служби психолого-соціальної допомоги дітям з метою покращання їх соціальної адаптації в сучасному суспільстві та підвищення якості життя.

S10.1/3 **ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО** **ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ГРУП РИЗИКУ** **ТА ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК** **ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ**

**В.В.Подольський, В.Л.Дронова,
В.В.Тетерін, О.В.Луценко,**
*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,
Київ, Україна*

Було проведено клініко-епідеміологічні дослідження жінок фертильного віку що дозволило виділити 4 групи ризику жінок фертильного віку щодо ВІЛ-інфікування: I група – жінки, що вживали психоактивні сполуки, II група – жінки, які при виконанні професійних обов'язків мають систематичний безпосередній контакт з біологічними рідинами, III група – жінки, що перенесли інфекції, які перенесли статевим шляхом та IV група – жінки, що мали більше двох та не мали постійних статевих партнерів.

Особливої уваги заслуговують ВІЛ-інфіковані жінки. На основі аналізу отриманих даних були виділені також 4 групи ВІЛ-інфікованих жінок: I група – жінки, які вживали психоактивні речовини наркотичної дії; II група – жін-

ки-алкоголік, III група – жінки, з обтяженим сексуальним анамнезом та IV група – жінки, що хворіють на інфекції, що передаються статевим шляхом.

В результаті проведених досліджень було визначено медико-соціальні фактори ризику, які спричинили найбільший вплив щодо зараження ВІЛ обстежених жінок та мають суттєве значення щодо ризику поширення інфекції: а) соціально-економічні: вживання психоактивних сполук (насамперед ін'єкційних речовин); два та більше статевих партнерів, випадкові статеві стосунки; фінансові труднощі; низький рівень освіти; соціальна дезадаптація (відсутність постійної роботи); погані побутово-житлові умови; неблагополуччя в сім'ї; зловживання алкоголем; б) медико-біологічні: хронічні інфекції (часті гострі респіраторні інфекції); порушений психоемоційний стан, психотичні розлади; в) стану репродуктивної системи: ХЗЗСО насамперед викликані інфекціями, що передаються статевим шляхом.

У обстежених жінок груп ризику щодо ВІЛ-інфікування найчастіше відмічались запальні процеси жіночих статевих органів – 96%, фонові патологічні процеси епітелію шийки матки – 31,5%, порушення оваріально-менструального циклу – 55% та безплідність – 37%.

У ВІЛ-інфікованих жінок внаслідок зниження імунітету прогресує розвиток інфекцій, які, в свою чергу, спричиняють імунодепресивний і пошкоджуючий вплив на уrogenітальні органи. Звертає на себе увагу висока частота порушень репродуктивного здоров'я у жінок з ВІЛ-інфекцією, так найбільший відсоток склали хронічні запальні захворювання статевих органів біля 99,8 %, порушення менструального циклу – у 70 %, невиношування вагітності – 31,5 %, безплідність – 45,3 % та фонові і передракові захворювання статевих органів – 31,5 % жінок.

Сукупність негативних факторів, що обумовлює підвищений ризик ВІЛ-інфікування у жінок фертильного віку груп ризику, безпосередньо впливають на підвищення ризику інфікування, тому проблема протидії епідемії ВІЛ є насамперед соціальною та потребує для успішного вирішення системи координованих заходів на державному рівні.

Аналіз даних показав, що серед ВІЛ-інфікованих жінок такі фактори, як ранній початок статевого життя з частою зміною статевих партнерів, нестійкістю сімейних відносин, відсутністю в більшості випадків заходів для профілактики незапланованої вагітності, призводить до порушень репродуктивного здоров'я та розповсюдження ВІЛ-інфекції.

S10.1/4 **ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ** **СУЧАСНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ** **ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ** **НЕПЛІДНОСТІ**

Т.Ф.Татарчук, Н.В.Косей, Т.М.Тутченко
*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»
Київ, Україна*

Досягнення медичної науки і техніки сприяли розширенню застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), які дозволяють вирішувати проблему безплідного шлюбу і, в той же час, породжують велику кількість етичних та правових питань.

Аналіз даних англо- та російськомовних публікацій з 1995 по 2009 роки показав, що до основних невирішених морально-етичних проблем пов'язаних з ДРТ належать: статус людського ембріона, правомірність маніпуляцій з статевими клітинами та ембріонами людини, права та обов'язки донорів статевих клітин, правове врегулювання сурогатного материнства. При цьому на особливу увагу заслуговує етичний аспект майбутнього здоров'я жінок, які на момент застосування ДРТ мають гінекологічну та соматичну патологію.

За даними літератури та наших спостережень, до 50 % пацієнток, які підлягають застосуванню ДРТ, мають супутню соматичну патологію, нерідко пов'язану з віковим фактором. За даними різних авторів у 25-30% пацієнток з безпліддям при обстеженні були виявлені дисгормональні розлади та доброякісні пухлинні утворення (лейоміома матки, ендометріоз та ін.), що може негативно впливати на успішність допоміжних репродуктивних технологій та перебіг вагітності. В той же час важливою медико-правовою проблемою є вплив допоміжних репродуктивних технологій на подальший перебіг наявних у пацієнтки гінекологічної та соматичної патологій, тобто питання безпеки застосування вказаних методик. Актуальною залишається проблема лікування абсолютного безпліддя у жінок з онкологічними захворюваннями в анамнезі.

Таким чином, перед медичною спільнотою постає актуальне питання біоетичної експертизи прекоцепційної підготовки пацієнток до допоміжних репродуктивних технологій.

S10.1/5
ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ В ПРОБЛЕМІ
ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ТА НАРОДЖЕННІ
ДІТЕЙ З ЕКСТРЕМАЛЬНО НИЗЬКОЮ
МАСОЮ ТІЛА, ЯКІ ІСНУЮТЬ В СВІТІ

Ю.Г.Антипкін, Ю.В.Давидова,
Н.Ю.Бондаренко
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та
гінекології НАМН України»
Київ, Україна

Будь-який вид лікарської діяльності, комплекс оздоровчих, гігієнічних та профілактичних заходів мають оцінюватись з точки зору їх соціальної, медичної та економічної ефективності. Провідним критерієм оцінки ефективності вважаються лише показники стану здоров'я в динаміці (зниження захворюваності, смертності, інвалідизації, збільшення періоду трудової діяльності). Ефективність оцінюється як співвідношення отриманого результату до реальних затрат. В даному аспекті протягом останніх сорока років активно обговорюються питання стосовно прийнятності реанімаційних заходів та агресивної неонатальної допомоги екстремально недоношеним дітям, регуляції юридичних та державних рішень цих питань та аналізу їх впливу на прийняття рішень лікарями та батьками глибоко недоношених дітей, враховуючи високий відсоток інвалідизації у них.

Проведено аналіз 134 публікацій за 20 років, присвячених висвітленню етичних питань тактики ведення передчасних пологів, надання реанімаційної та реабілітаційної неонатальної допомоги дітям з екстремально низькою масою тіла а також правові аспекти регуляції такої допомоги.

Протягом останніх років за рахунок технічного розвитку, удосконалення медикаментозного лікування, створення новітніх методик профілактики передчасних пологів та реанімації недоношених дітей вдалось знизити показники перинатальної смертності серед дітей, що народились в терміні гестації більш, ніж 28 тижнів. Однак віддалений прогноз для екстремально недоношених дітей (23-25 тижнів) залишається неоднозначним, беручи до уваги високу частоту неврологічної захворюваності, інвалідизації, смертності до 5 років життя. Все це стало підставою для створення підходів до прогнозування ефективності та доцільності реанімаційних заходів для таких дітей, а також потребувало юридичного та державного регулювання надання неонатальної реанімаційної та реабілітаційної допомоги.

Незважаючи на рекомендації, опубліковані в багатьох країнах, до сих пір не існує консенсусу стосовно вибору методів розродження, часу проведення антенатальних втручань, моніторингу стану плода та вирішення етичних питань для медичних працівників та батьків дітей, народжених на межі життєздатності, а також надійних методик прогнозування негальної та відділеної ефективності реанімаційних заходів у таких дітей.

S10.1/6
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ЕТИЧНІ
ПРОБЛЕМИ ДИТЯЧОЇ ГЕПАТОЛОГІЇ

О.М.Лук'янова, В.С.Березенко,
М.Ф.Денисова
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України»
Київ, Україна

Збереження здоров'я підростаючого покоління шляхом підвищення ефективності лікування найпоширеніших хвороб дитячого віку, зменшення частоти важких інвалідизуючих ускладнень хронічних захворювань є пріоритетним напрямком охорони здоров'я в усьому світі.

В останні роки в дитячій гепатології значна увага приділяється соціально-психологічній складовій в комплексному лікуванні дітей з важкими хронічними захворюваннями печінки (хронічні вірусні гепатити В, С, D, автоімунні та метаболічні захворювання печінки, цироз печінки), оскільки психологічний настрій на позитивний результат лікування у дітей та батьків є запорукою успіху в тривалому, а іноді і дорого-вартісному лікуванні.

В нашому інституті обґрунтовані підходи до психодіагностики, основи психологічного консультування, психопрофілактики для таких дітей, що дозволяє налагодити за закріпити їх соціальні контакти з родиною, стабілізувати соціальні зв'язки з оточенням, покращати якість життя.

Важливим аспектом успішного ведення таких хворих є вирішення етичної проблеми ставлення батьків до хворої дитини та їх готовність до виконання всіх лікарських рекомендацій, оскільки лікування таких дітей є тривалим (роки) , а, іноді, довічним.

На сьогодні в розвинених країнах світу зроблені та запропоновані рекомендації щодо використання у дітей ряду лікарських засобів з доведеною ефективністю у дорослих (пегільовані інтерферони в лікуванні хронічних вірусних гепатитів). Однак в Україні дозволу на застосування таких препаратів в педіатричній практиці

немає. Така ситуація є проблемою не лише в медичному, а й в етичному плані, оскільки порушує права дитини на отримання сучасного ефективного лікування. Для вирішення цієї проблеми мають бути залучені етичні комітети та отримана інформована згода батьків та пацієнтів, які досягли підліткового віку.

На окрему увагу заслуговують діти з цирозом печінки для яких безальтернативним методом лікування є лише трансплантація печінки. На сьогодні в Україні реалізується програма по пересадці печінки від живого родинного донора. Однак вирішення цієї проблеми можливе за наявності психологічної підготовки дитини та родича-донора до проведення такої операції. Нажаль все ще значна кількість батьків дітей, яким показано проведення трансплантації, відмовляються від такого варіанту лікування. З нашої точки зору необхідним є створення інформаційної підтримки такої програми з огляду на те, що на сьогодні в суспільстві є певні релігійні та ментальні застереження як серед широких верств населення так і в медичному середовищі на доцільність та ефективність проведення таких операцій.

Таким чином, врахування соціально-психологічних та етичних проблем дитячої гепатології дозволить підвищити ефективність лікування, знизити інвалідизацію та смертність від хвороб печінки не лише у дітей а й у дорослих.

S10.1/7
ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО АБОРТУ

І.Б.Вовк
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України»,
Київ, Україна

Штучний аборт, контрацепція – це сучасні форми медичного втручання в репродуктивну сферу людини.

В ХХ столітті в усіх країнах світу методи запобігання непланованої вагітності все більше представляють собою альтернативний метод штучному перериванню (аборту), який розглядається як недопустиме лікарське втручання. Відношення до абортів у суспільствах країн західної Європи формувалось на тлі принципових змін його моральної оцінки та юридичного статусу. Цивілізований світ – перш за все, країни Європи, США та Росії – намагались звільнитись від традицій морально-релігійного осудження та юридичної заборони абортів протягом більш як 15 століть.

За останні п'ятдесят років, внаслідок громадських обговорень та дискусій, відбулась

відміна законодавчої заборони або її послаблення того чи іншого ступеню: в Швеції (1946), Росії, в тому числі Україні (1955), Англії (1967), Франції (1979), США (1973), Італії, Іспанії, Норвегії (1978) та Нідерландах (1981). В той же час, ще залишаються держави, в яких легалізація абортів не знайшла сприйняття на державному рівні. Здебільшого це країни з традиційно стійкою католицькою культурою (Португалія, Польща).

Гострота в обговоренні питань про легалізацію або заборону абортів залишається до сьогодні. В Україні, не дивлячись на повне визнання на державному рівні право жінки на штучне переривання вагітності, питання про заборону абортів неодноразово піднімаються громадськими та релігійними діячами. Це зумовлено тим, що проблема абортів концентрує в собі відношення між людьми на рівні моральної, юридичної, соціально-політичної, релігійної та наукової свідомості. Визнаючи право жінки на штучне переривання вагітності, медична громадськість України вважає за необхідне проводити велику роботу серед молоді про безпеку першого абортів, серйозні його ускладнення і перш за все – здоровий спосіб життя та безпеку ранніх сексуальних відносин.

Розглядаючи проблему абортів на кожному рівні, можна додати відповідь, чому ця проблема є головною та принциповою проблемою сучасної біомедичної етики.

S10.1/8
МНЕНИЕ ПЕДИАТРОВ О
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ.
РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ОПРОСА

А.Ж.Асатрян, О.И.Кубарь, Г.Л.Микиртичан
ФГУН НИИЭМ имени Пастера
Роспотребнадзор,
Государственная педиатрическая
медицинская академия
Санкт-Петербург, Россия

Приоритетным направлением развития здравоохранения Российской Федерации является повышение качества и доступности медицинской помощи, что имеет первостепенное значение для реализации государственных программ иммунизации детей и взрослых с целью формирования эпидемиологического благополучия общества.

Иммунизация населения является основным и эффективным средством профилактики инфекционных болезней, служит наиболее доступным и экономичным спосо-

бом снижения заболеваемости и смертности от инфекций. Иммунопрофилактика по праву считается неотъемлемой частью медицинской помощи, оказание которой населению гарантирует государство.

Вакцинопрофилактика представляет собой комплексную систему мероприятий, включающих юридические, организационные, образовательные, медицинские, социальные и технические процессы. Эффективность и качество этих мероприятий зависит от ряда факторов, где важнейшее место занимает отношение общества и медицинских работников к этому мероприятию.

Проведение профилактических прививок – одна из сторон многообразной деятельности педиатров по оказанию медицинской помощи детям. С целью изучения мнения педиатров о различных проблемах вакцинопрофилактики (в т.ч. этических) по специально разработанной анкете был проведен опрос врачей, работающих в детских поликлиниках г. Санкт – Петербурга.

Специальный ряд вопросов был направлен на выяснение мнения врачей – педиатров на эффективность вакцинопрофилактики. Результаты анкетирования показали, что 77,9% респондентов считают вакцинацию основным путем борьбы с инфекционной заболеваемостью, 92,8% признают, что прививками должно быть охвачено как можно больше детского населения. Те, кто придерживаются противоположного мнения (7,2%) объясняли свою позицию наличием противопоказаний к вакцинации, качеством вакцин, а борьбу с инфекционными заболеваниями связывали с улучшением качества жизни людей. Только 7,3% респондентов выразили уверенность в том, что прививка всегда гарантирует защиту от инфекции.

Следующий **блок** вопросов касался определения отношения педиатров к проведению вакцинации, как массового профилактического мероприятия. Только треть **респондентов** (32,6%) подтвердили уверенность в том, что в интересах здоровья ребенка его необходимо вакцинировать; такое же количество педиатров (33,6%) продемонстрировали осторожный подход к назначению прививок, отметив их целесообразность исходя из состояния ребенка. Особую точку зрения, вызывающую серьезную обеспокоенность, выразили 20,4% респондентов, определив свою позицию так: лучше сделать прививку, чтобы показатель охвата прививками был достаточным, и не было претензий со стороны администрации.

Опрос, направленный на **выявление** опыта ведения поствакцинальных реакций, показал,

что большинство педиатров (64,1%) встречались в своей практике с поствакцинальными реакциями у детей – повышением температуры, местными реакциями, аллергическими реакциями, лимфаденитами после БЦЖ, поствакцинальным полиомиелитом; 12,4% респондентов наблюдали неврологическую симптоматику (нарушение сна, судороги, парезы).

Оценка правильности отношения к подготовке вакцинации показала, что только половина **респондентов** (50,9% педиатров) перед проведением прививки всегда тщательно обследуют ребенка, выясняя все детали его состояния. Эти данные свидетельствует о формальном отношении к этой важнейшей врачебной функции почти у половины педиатров, вовлеченных в процесс вакцинопрофилактики (49,1%).

Учитывая важность информирования родителей ребенка перед проведением прививки, в ходе анкетирования выяснялось, как педиатры выполняют это законодательно закрепленное требование. На 100 **ответивших** 12,1 – ограничиваются только направлением на прививку, 17,8 – полноценно информируют о важности вакцинации, 19,8 – дают информацию о возможных реакциях и осложнениях, 20,3 – информируют о мерах, которые необходимо принять в случае возникновения осложнений, 7,1 – рассказывают о правах родителей и ребенка при проведении вакцинопрофилактики, 29,1 – предупреждают о последствиях отказа от прививки.

Большинство педиатров (83,6%) встречались со случаями, когда родители отказывались от проведения прививки своему ребенку, при этом, по ответам врачей, родители мотивировали свой отказ боязнью осложнений (67,7%), заражения ребенка через шприц (4,3%); отсутствием веры в эффективность вакцинопрофилактики (4,3%), из-за лени (4,3%), не позволяет религия (4,1%), а 10,7% родителей, вообще, не считают это вмешательство необходимым для своего ребенка.

Только 9,2% опрошенных педиатров признают право родителей, а 38,3% и право ребенка школьного возраста отказаться от проведения прививки. В случае отказа родителей от прививки реакция врачей была следующей: 8,5% педиатров спокойно соглашались с доводами родителей; 74,5% убеждали родителей в важности проведения прививки; 10,6% угрожали, называя меры ограничения (не дам направление в ясли, детский сад, не примут в школу и т.д.). Были ответы, которые содержали сочетанные действия. Небольшое число респондентов (7,8%) не дали никакого ответа на

этот вопрос.

В целом, результаты проведенное анкетирования, позволяют сделать вывод, что на одном из важнейших этапов организации вакцинопрофилактики, каким является детская поликлиника, существует достаточно уязвимых моментов и, в тоже время, имеются реальные резервы для совершенствования организации вакцинопрофилактики, поскольку успех данного мероприятия во многом зависит от формирования сознательного отношения педиатров и родителей и взаимопонимания между всеми участниками процесса.

S10.1/9 БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ СУЧАСНОЇ ПЕДІАТРІЇ

О.П. Волосовець, С.П.Кривопустов
Національний медичний університет ім. О.О.
Богомольця
Київ, Україна

Сучасна біоетика як мультидисциплінарна наука активно розвивається, а Х Всесвітній конгрес з біоетики (Сінгапур, 2010) має назву «Біоетика в умовах світової глобалізації». Традиційна медична етика, котра побудована на ідеї патерналізму, сьогодні не зовсім відповідає потребам встановлення нової системи взаємовідносин медика і пацієнта, спеціаліста і суспільства, медичного співтовариства і системи охорони здоров'я в умовах інтенсивного розвитку новітніх біомедичних технологій.

В педіатрії гострими стали такі питання, що стосуються етики проведення медичних досліджень, трансплантації клітин, тканин та органів, етичних аспектів генетики, питань ятрогенії та лікарських помилок, моральних аспектів ВІЛ/СНІДу тощо. При цьому на сьогодні сформульовано основні принципи біоетики: інформованої згоди, не нашкодити, благополуччя пацієнта, справедливості.

Сьогодні біоетика має стати альтернативою тієї «наукової» парадигми, якій властиві прагнення до бінарності та технізації клінічного мислення. На жаль, в клінічній педіатрії, де превалюють високі технології, залишається мало місця етичним переживанням. Вихід з ситуації можливий лише у поверненні наукової і медичної спільноти до загальнолюдських цінностей, у злуці цінностей нового знання та людських і духовних цінностей.

«Щоб бути хорошим лікарем, треба передусім бути доброю людиною, мати серце, сповнене справжньої чуйності і душевної щирості, а до страждань чужої дитини ставитись як до страждань власної», – писав наш Вчитель, член-кореспондент НАН, АМН України, професор В.М.

Сідельников.

Етичне мислення лікаря залежить від наявності власних етичних переконань. Для оволодіння професійними вміннями в галузі сучасної біоетики нами сумісно з Донецьким національним медичним університетом ім. М. Горького виданий навчальний посібник «Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів» (2004). Майбутні лікарі мають чітко усвідомлювати, що загальнолюдські цінності не повинні розглядатися окремо від біологічних фактів – людина є частиною природи.

Біоетика є фундаментом сучасної та майбутньої професійної освіти лікаря-педіатра, сімейного лікаря, вона закликає всіх учасників навчального процесу до дискусій, обговорення конкретних етичних ситуацій і дилем в клініці дитячих хвороб, пологовому будинку тощо, апелює до етичної позиції самого студента. Значною подією не лише для практикуючих лікарів, але й навчального процесу стало прийняття «Етичного кодексу лікаря України» (2009).

Таким чином, введення в біоетику повинне починатися в медичному університеті, має концентруватися на пацієнт-орієнтованому підході в педіатрії й продовжуватися під час післядипломної освіти та безперервного розвитку лікаря.

S10.2/2 АКТУАЛЬНІ МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЙОДОДЕФІЦИТОМ В УКРАЇНІ

М.Д.Тронько, В.І.Кравченко
Державна установа «Інститут ендокринології та обміну речовин
ім. В.П. Комісаренка НАМН України»,
Київ, Україна

Проблема йодного дефіциту актуальна для більшості країн світу. Загальновідома наявність йододефіциту та ендемічного зоба для західних, та деяких південних областей України. Дослідження, виконані в останні роки, показали наявність проблеми для всієї території України.

Спектр захворювань, зумовлений йодним дефіцитом стосується і більшості населення України. Серед ендокринних захворювань – це перш за все, дифузний еутиреоїдний зоб. Ця патологія зустрічається практично у всіх верств населення і за своєю поширеністю та розповсюдженістю навіть більша ніж цукровий діабет. Аналіз офіційних даних відносно цієї патології показує поступове зниження розповсюдженості еутиреоїдного зоба, що, безумовно, пов'язане з прийняттям Постанов Державного санітарного лікаря України та Державної програми профілактики йодо-залежних захворювань. Спостерігається більш значне зниження такого показника, як захворю-

ваність на дифузний зоб.

В етіології іншої патології щитоподібної залози також однією з причин виступає недостатнє надходження йоду в організм. Зараз ми спостерігаємо тільки зростання випадків захворювань на вузловий зоб, тиреотоксикоз, рак щитоподібної залози.

Стосовно останнього, недостатнє споживання йоду населенням, а також неадекватність йодної профілактики, відіграли суттєву роль у накопиченні йоду в щитоподібній залозі у мешканців забруднених після Чорнобильської аварії територій. Захворюваність населення на рак щитоподібної залози в північному регіоні України з плином часу прогресивно зростала. Невизначеність прогнозу цього захворювання і стану йодного забезпечення населення, в перші роки після аварії, диктувала необхідність обережного підходу до значного збільшення споживання йоду. За підтримкою ВООЗ, Інститутом ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка АМН України в 1997-2000 рр. проведені масштабні дослідження йодного статусу населення на всій території України. Це надало нам підставу направити в Уряд та Верховну Раду України клініко-епідеміологічне обґрунтування та наукову базу для прийняття рішень про запровадження масової йодної профілактики. З нашої ініціативи були видані Постанови Головного державного санітарного лікаря та Державна програма з профілактики йодозалежних захворювань, були подані проекти відповідних законів.

Подальші дослідження засвідчили негативний вплив йододефіциту на фізичний розвиток дітей, стан репродуктивної системи у підлітків, перебіг вагітності та, особливо, на формування інтелекту у дітей молодшого і середнього віку. Враховуючи актуальність проблеми масової йодної профілактики необхідно констатувати, що вона потребує вирішення як на рівні формування свідомості населення, так і в законодавчому полі.

S10.2/3
STRATEGY FOR THE REALIZATION OF
PROGRAMS TO PREVENT AND CONTROL
IODINE DEFICIENCY DISORDERS

Frits van der Haar
Rollins School of Public Health, Emory University,
and Board Director, International Council for
Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD)
Atlanta, Georgia, USA

Much of the increase in life expectancy in the Western world is attributable to public health research and practice, such as sewage treatment and disposal, injury prevention, and provision of safe water and food. Nevertheless, many additional

opportunities exist for improving the health and development of populations, which calls for more widespread application of evidence-based strategies. An increased focus on evidence-based public health (EBPH) has numerous direct and indirect benefits, including more and higher-quality information on what works, a higher likelihood of successful programs, and more efficient use of public and private resources.

For decisions on public health improvements, policy-makers use the best scientific evidence available, in combination with the organizational context and resources required for implementation, and the needs, values and preferences of the population. In the process of decisions leading to public health practice, *Type 1* evidence defines the causes of disease and the magnitude, severity and preventability of its risk factors, leading to the decision whether something should be done. *Type 2* evidence describes the impact of specific interventions that do or do not improve health, adding what should be done. *Type 3* evidence shows how and under which contextual conditions interventions have been implemented and how they were received, thus informing how the strategy should be executed.

A recent review of progress with salt iodization strategies during the decade 2000-2010 in the region Eastern Europe and the Community of Independent States straddled these three types of evidence. In each country, available data with statistically representative sampling show that the population is iodine deficient. During the decade, 15 countries realized universal use of iodized salt in the household and/or the food processing industry, and this was accompanied in 9 countries with a demonstration of optimum iodine nutrition in the population. Of the 20 countries in the review, mandatory iodization statutes on household salt and/or food industry salt were established by 18. The overall experience indicates that food inspection is well-organized and followed by diligent enforcement in all the countries that reached success. Agencies for Standardization and Metrology were instrumental in promoting modern quality management standards in the salt industry, including the assurance of properly iodized products. Large-scale campaigns for public promotion did not make a difference in the accomplishment of success, but they were critical in raising the acceptance among the public, stakeholders and gatekeepers of salt iodization strategies. Surveillance systems are critical and evolving recently toward shorter data collection intervals, more focus on iodine nutrition indicators in pregnancy, and increased ability for relationship analyses among iodine indicators of supply, use and impact. The salt iodization strategy is more

sustainable in countries with obligatory reporting systems on the national iodized salt supplies and iodine nutrition impact in the population.

The review suggests that the barriers to successful salt iodization strategies for prevention and control of iodine deficiency disorders rest in the political environment, deficits in relevant research, information systems, fiscal resources and leadership, and weak managerial competencies.

S10.2/4
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ
ЛІКВІДАЦІЇ ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ

О.А.Труш
Дитячий фонд ООН, ЮНІСЕФ.
Київ, Україна

Протягом останніх п'яти років в Україні немає визначеної державної політики щодо ліквідації йодного дефіциту. Щоденна нестача кількох десятків мікрограмів йоду в харчуванні може призвести до незворотних порушень розвитку і функціонування організму. Особливу загрозу дефіцит йоду становить для розумових здібностей і, відповідно, життєвої успішності людини. Як результат наявного йодного дефіциту Україна втрачає інтелектуальний, освітній, професійний та науковий потенціал.

Відмова компенсувати природний дефіцит йоду в масштабах країни створює умови для невідвортної деградації суспільства через те, що:

1. Недостатнє споживання йоду молодими жінками знижує їхню здатність мати дітей. Якщо все ж таки вдається завагітніти, брак йоду в організмі жінки провокує викидні й мертвонародження, формує вади фізичного і психічного розвитку майбутньої дитини – аж до кретинізму.

2. Навіть легкий дефіцит йоду у матері дається взнаки: саме він не дає реалізуватися інтелектуальним можливостям дитини, закладеним на генетичному рівні.

3. Без йоду дитина втрачає інтелект. В умовах нестачі йоду діти швидко втомлюються й виснажуються. Їм важко зосереджувати увагу, аналізувати і запам'ятовувати інформацію, отримувати нові знання і навички. Постійний дефіцит йоду призводить до зниження IQ на 10–15 пунктів. У не забезпечених йодом регіонах України вже зафіксовано відсутність дітей з інтелектом вище середнього рівня і збільшення кількості дітей з низьким інтелектом.

4. Працездатність дорослої людини залежить від йоду. Для дорослої людини брак йоду в організмі означає ослаблення імунітету, швид-

ку втомлюваність, погіршення пам'яті і в результаті – серйозне зниження працездатності, яка необхідна для власного розвитку, повноцінного життя і забезпечення родини. Через таке зниження продуктивності праці Україна щорічно недораховується щонайменше 44 мільйонів доларів, втрачаючи понад 5 мільйонів робочих днів.

Інтелектуального потенціалу, який щорічно втрачає Україна через йодний дефіцит, вистачило б на 3000 геніїв.

Для подолання йододефіциту необхідно і достатньо використовувати йодовану сіль замість звичайної у харчуванні. Сьогодні середнє денне споживання йоду в Україні складає 50–80 мкг, тоді як добові потреби більшості населення – удвічі або й утричі більші.

Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) працює над подоланням йододефіциту в усьому світі шляхом впровадження універсальної йодизації харчової солі.

S10.2/5
ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ
ЙОДОДЕФІЦИТУ ПРИ ВАГІТНОСТІ

В.І.Кравченко
Державна установа «Інститут ендокринології
та обміну речовин
ім. В.П. Комісаренка НАМН України»,
Київ, Україна

Світовий досвід свідчить, що найбільш швидкий результат у вирішенні проблеми ліквідації йододефіцитних захворювань може бути досягнутий шляхом законодавчого визначення загальної масової профілактики з використанням йодованої солі. На жаль, такий шлях вирішення проблеми не знаходить одностайної підтримки в Україні. Як наслідок, залишаються незахищеними від йододефіциту значні верстви населення, особливо вагітні жінки та новонароджені, тим більше, що норми надходження йоду в організм вагітних та жінок-годувальниць значно вищі, ніж для всього населення.

Було проведено вивчення йодної забезпеченості вагітних жінок, що знаходилися на обстеженні в Державній установі «Інститут педіатрії акушерства та гінекології», та лікувальних установах Луганської та Дніпропетровської областей. Вагітні, що перебували в інституті (ПАГ) були із різних регіонів України. Аналіз даних йодного забезпечення показав майже однакові результати йодного забезпечення для вагітних з різних регіонів України, які вказували на наявність йодної недостатності слабого ступеня. Тільки 15% жінок повідомили про використання в домогосподарствах

йодованої солі, 68% обстежених вказували на використання різних засобів профілактики мікроелементозів та авітамінозів. Загалом жінки використовували біля 17 профілактичних препаратів, однак менша частина з них містила йод. Лише 35,3 % результатів йодурії у вагітних, що використовували йодовмісні препарати та полівітаміни з йодом, були у межах 150 мкг/л та вище, тобто вказувала на достатній рівень йодного забезпечення. Серед жінок, що не застосовували йодну профілактику та вживали вітамінно-мінеральні комплекси, які не містять йоду цей відсоток результатів становив 24,2%. Отже, слід зазначити, що більша частина жінок перебувала в умовах слабкої та помірної йодної недостатності.

Такі ж невітні результати зафіксовані в Дніпропетровській і Луганській областях. При опитуванні тільки 32,5% вагітних жінок південно-східного регіону, повідомили про щоденне використання йодованої солі, 30% про періодичне її використання, а 32% користувалися тільки нейодованою сіллю. Загалом, лише третина вагітних жінок, що мешкала у південно-східному регіоні, на етапі планування і під час вагітності була охоплена масовою йодною профілактикою, а засоби групової профілактики протягом усього терміну вагітності отримували – 9,6% вагітних, оптимальний рівень йодурії (150-299 мкг/л) спостерігався у 16,7% обстежених.

Таким чином, серед вагітних жінок України масова і групова йодна профілактика практично відсутні а медичні та етичні проблеми їхнього захисту від йододефіциту залишаються не вирішеними.

S10.2/6 ПРОБЛЕМИ ЙОДОДЕФИЦИТУ ТА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

В.І.Боцюрко

*Національний медичний університет
Івано-Франківськ, Україна*

Обстежено 187 дітей віком 8–15 років, які проживають у регіоні помірного та легкого йододефіциту. Вивчалися показники тиреоїдного статусу, інтелектуального розвитку (коефіцієнт IQ), діяльність центральної нервової системи (особливості уваги та її стійкості за допомогою коректурної проби, темп сенсомоторних реакцій). Встановлено, що між рівнем розумового розвитку, даними психофізіологічного статусу та показниками тиреоїдної системи існує тісний кореляційний зв'язок. При множинно-регресійному аналізі встановлено достовірний

зв'язок між IQ та рівнем вільного тироксину в сироватці крові і вмістом йоду в сечі, який визначений рівнянням множинної регресії. Згідно з ним коефіцієнт інтелекту майже на 90% залежить від вмісту вільного тироксину чи вмісту йоду в сечі, а також від поєданого впливу цих чинників. Інтелектуальні та психофізіологічні патерни можуть служити діагностичним критерієм при оцінці йодного забезпечення організму та функціональної здатності щитоподібної залози. Структурні зміни головного мозку викликані метаболічними порушеннями та ослабленням протективного впливу оксиду азоту на нейрони. Такі порушення супроводжуються зниженням розумового розвитку, сенсомоторними розладами (ослаблення стійкості і інтенсивності уваги, сповільнення темпу сенсомоторних реакцій) та відставання у фізичному розвитку дітей. Психофізіологічні, соматичні та біохімічні зміни є зворотними на стадії субклінічного гіпотиреозу і піддаються корекції препаратами йоду. Діти із соціальною депривацією становлять групу ризику щодо належного забезпечення організму йодом і потребують постійного контролю та профілактики йододефіциту і його наслідків незалежно від території проживання.

S10.2/7 ЙОДОДЕФИЦИТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА СХОДІ УКРАЇНИ

М.Є.Маменко

*Луганський державний медичний університет
Луганськ, Україна*

Йодний дефіцит є важливою медико-соціальною проблемою у світі. За висновками експертів ВООЗ, Україна віднесена до числа 130 країн, населення яких мешкає в зоні підвищеного ризику виникнення йододефіцитних захворювань (ЙДЗ). Традиційно лише шість західних областей нашої держави вважалися ендемічними щодо зоба та кретинізм, що перешкоджає вирішенню проблеми на загальнодержавному рівні.

Мета роботи: оцінити стан йодного забезпечення та поширеність йододефіцитних захворювань на сході України (на прикладі Луганської області).

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилося на базі молодших класів 30 загальноосвітніх шкіл Луганської області, відібраних методом систематичної випадкової вибірки пропорційно до загальної чисельності дітей віком 6-12 років (ВООЗ/ЮНІСЕФ, 2001, 2007). Дослідження передбачало анкетування родини, антропометрію дитини, визначення

концентрації йоду в зразках сечі, пальпацію та УЗД щитовидної залози. Проаналізовані дані загальнонаціонального скринінгу новонароджених на гіпотиреоз за 2006-2008 рр. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою стандартних засобів Microsoft Excel 2007.

Результати дослідження. Медіана йодурії у дітей молодшого шкільного віку Луганської області знаходиться на рівні 83,0 мкг/л, що відповідає йодному дефіциту легкого ступеня. Частота зоба при оцінці розмірів щитовидної залози за стандартами ВООЗ/МРКІДЗ 2001 року складає $27,7 \pm 1,6$ %, що свідчить про напруженість зобної ендемії в регіоні, в 5,5 рази перевищує відомий п'ятивідсотковий ендемічний бар'єр та в 17,8 рази – офіційний показник поширеності дифузного зоба у дітей 7-14 років в регіоні. Проведене порівняння розмірів щитовидної залози з новими нормативами, затвердженими ВООЗ наприкінці 2007 року, дозволило констатувати наявність зоба у 48,7 % обстежених дітей, що вже 31,2 рази вище, ніж дані офіційної статистики. Аналіз даних скринінгу новонароджених на гіпотиреоз продемонстрував, що в середньому в $0,04 \pm 0,001$ % новонароджених Луганської області щорічно встановлюється діагноз уродженого гіпотиреозу. Детальний аналіз даних обстеження 5781 дітей (охоплення $96,4 \pm 0,24$ %) показав значне підвищення рівня ТТГ (понад 20 мМО/л) у 132 новонароджених ($2,3 \pm 0,2$ %). Із них при подальшому дослідженні наявність уродженого гіпотиреозу було підтверджено у 3-х дітей, що складає $0,052 \pm 0,03$ %. Значення ТТГ в межах транзиторної гіпертиреотропіємії (5,0-20,0 мМО/л) мала кожна четверта новонароджена дитина ($1526/5781$, $26,4 \pm 0,6$ %), що співвідноситься з помірною ступеню тяжкості йододефіциту в регіоні.

Висновки. За всіма критеріями, встановленими ВООЗ/МРКІДЗ (2001, 2007) для оцінки тяжкості йододефіцитних захворювань, на сході України, як і в її західних регіонах, дефіцит йоду є популяційною проблемою, що зумовлює необхідність проведення профілактичних заходів на загальнонаціональному рівні.

S10.2/8 ЙОДНА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ МАТЕРІВ – ГОДУВАЛЬНИЦЬ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ В УМОВАХ СЛАБКОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТУ

Н.В.Тананакіна

*Центральна районна лікарня,
Дніпропетровськ, Україна*

Мета. Оцінити йодну забезпеченість та необхідність йодної профілактики серед матерів – годувальниць й новонароджених в умо-

вах слабкого йодного дефіциту.

Матеріали та методи. Обстежено 53 пари мати – дитина на 3-5-у добу постнатального періоду, що проживають у Дніпропетровській області. Визначали концентрацію йоду в грудному молоці, в сечі, рівень ТТГ у крові новонароджених. Ці показники порівнювали у двох групах: жінки першої групи не отримували йодну профілактику ($n=32$), а другої – вживали препарати KI 150 – 200 мкг/доба ($n=19$). Визначення йоду в грудному молоці проводили методом інверсійної постійнострумової вольтамперометрії, вмісту йоду в сечі церій-арсенітовим методом, рівня ТТГ у новонароджених за методом «сухої плями крові». Результати оцінювали згідно з рекомендаціями ВООЗ та ICCIDD.

Результати: Середній рівень йоду в молозиві обстежених складав $47,4 \pm 4,25$ мкг/л, медіана (Me) дорівнювала 40,1 мкг/л, 25-й та 75-й процентиля відповідно 24,2 та 67,7 мкг/л, що набагато нижче показників, отриманих у дослідженнях в країнах з нормальним йодним забезпеченням. У $63,5 \pm 13,1$ % жінок вміст йоду в грудному молоці був нижче 50 мкг/л, тобто недостатнім, ще у $26,9 \pm 12,1$ % осіб концентрація йоду в молоці визначалася нижче 25-го процентиля і в середньому складала $16,82 \pm 1,72$ мкг/л. Рівень йоду в грудному молоці або дитячих молочних сумішах нижче 20 мкг/л може призвести до розвитку гіпотиреозу у дитини. Загальна Me йодурії (61,4 мкг/л) відповідала легкій йодній недостатності, однак у кожній третій обстеженій визначався помірний йодний дефіцит.

Концентрація йоду в грудному молоці вірогідно ($r = 0,9$; $p < 0,001$) корелює з рівнем йодурії та залежить від характеру йодної профілактики. Вміст йоду в грудному молоці (Me 76,8 мкг/л) та сечі (Me 114,8 мкг/л) у жінок, що отримували йодну профілактику був оптимальним. У жінок першої групи спостерігався помірний йододефіцит: Me концентрації йоду в молоці – 30,4 мкг/л, у сечі – 50,2 мкг/л. Рівень ТТГ у дітей, народжених від матерів першої групи, істотно ($p < 0,01$) перевищував такий показник дітей, чиї матері отримували йодну профілактику. Крім того, відсоток новонароджених з рівнем ТТГ > 5 мМО/л у першій групі був вірогідно вищим ($p=0,036$), ніж у новонароджених другої групи (15,3% проти 5,3%).

Висновки: Таким чином, в умовах некорегованого легкого та помірного йодного дефіциту серед матерів-годувальниць катастрофічно знижується йодна забезпеченість дітей першого року життя. Отримані дані дозволили вперше визначити за вмістом йоду в молозиві забезпеченість цим мікроелементом матерів-годувальниць і новонароджених і підтвердити необхідність термінового проведення профілактичних заходів у цих групах.

S10.2/9
ПРОБЛЕМА ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ В
ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ШЛЯХИ
ЗАПРОВАДЖЕННЯ МАСОВОЇ ЙОДНОЇ
ПРОФІЛАКТИКИ**О.І.Осадців***КЛПЗ «Чернігівський обласний центр
радіаційного захисту та оздоровлення
населення»
Чернігів, Україна*

Проблема йодного дефіциту для Чернігівської області відома тривалий час. Аналіз захворюваності на дифузний зоб за даними державної статистичної звітності за останні 5 років показує, що у 5,2% всього населення області та у 16,6% дітей віком 0-17 років зареєстрована ця патологія, тому проблема має вирішуватись. Враховуючи, що масова йодна профілактика є основним шляхом вирішення цієї проблеми, нами було проведено дослідження по визначенню оптимальної кількості йоду в солі для проведення масової йодної профілактики. Визначалася екскреція йоду з сечею у 86 дітей Чернігівської школи – інтернату, контрольна група (n=30) була обстежена до початку профілактичних заходів, друга група дітей (n=26) була обстежена після вживання йодованої солі з концентрацією йоду 20 мг /кг солі, а третя група (n=30) – після вживання стандартної йодованої солі з концентрацією йоду 40 мг/кг. Йодована сіль з концентрацією 20 мг йоду на 1 кг солі була виготовлена за спеціальним замовленням на державному підприємстві «Артемсіль».

За результатами дослідження, до застосування йодованої солі медіана йодурії становила 95,68 мкг/л, що відповідає слабкому ступеню дефіциту йоду. Після вживання йодованої солі 20 мг йоду та 40 мг йоду на кілограм солі, медіана йодурії становила 122,06 мкг/л та 126,12 мкг/л відповідно. Зважаючи на отримані результати можна констатувати, що за умов споживання йодованої солі з концентрацією йоду від 20 до 40 мг/кг досягається хороша компенсація йодного статусу, а аналіз індивідуальних показників йодурії показав, що при вживанні йодованої солі з вмістом йоду 20 мг/кг більша частина показників (69,2%) знаходиться в межах оптимального забезпечення йодом (100-199 мкг/л).

Враховуючи необхідність запровадження масової йодної профілактики, можливо використання йодованої солі з нижчою, ніж стандартна, концентрацією йоду. Вирішення проблеми дефіциту йоду в Чернігівській області важливо для вагітних і новонароджених, у яких ця проблема проявляється особливо гостро.

S10.2/10
СТАН ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**В.Г.Пирогова***Ужгородська обласна клінічна лікарня
Ужгород, Україна*

Актуальність проблеми ЙДЗ на Україні була доведена загальнонаціональними кластерними дослідженнями в 2002–2003 роках співробітниками Інституту ендокринології та обміну речовин та Інституту медицини праці АМН України за підтримки дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ. Проте, до кластерної вибірки не увійшла Закарпатська область.

Для оцінки стану йодної забезпеченості населення Закарпатської області було відібрано репрезентативні групи жінок. Методом рівномірного розподілу обрано чотири населенні пункти (надалі – кластери). З них – міста Іршава, Міжгір'я, Рахів та м. Ужгород. В кожному кластері обстежено по 30 жінок репродуктивного віку (17-49 років). Рівень йодної забезпеченості встановлювали за допомогою визначення вмісту йоду в сечі за методом Sandell–Kolthoff в модифікації Dunn et al. та частоти випадків зоба. Результати еховолюмометрії порівнювали з нормативами ВООЗ- М. Zimmermann et al., 2004. Результати дослідження йодурії трактували згідно з критеріями ВООЗ М. Zimmermann et al., 2004.

Територія Закарпатської області умовно розподілена на три біогеохімічні зони: гірська, куди увійшли міста Міжгір'я, Рахів; передгірська – місто Іршава; низинна – місто Ужгород.

Детальний аналіз показав, що в низинній зоні (м. Ужгород) показник йодурії у жінок, свідчив за нормальну йодну забезпеченість і біля 70% жінок мали йодурію вищу за 100 мкг/л, а 30% жінок мали йодурію менше за 100 мкг/л. У гірській зоні у м. Міжгір'я, значення медіани йодурії у жінок – 116,4 мкг/л, вказувало на достатнє споживання йоду, а 30% – знаходилися в зоні йодної недостатності. Показник медіани йодурії у жінок м. Рахів становив 82,8 мкг/л, що свідчило про легкий йодний дефіцит. Тільки 40% результатів вказувало на достатнє йодне надходження у жінок. У жінок у передгірській зоні (м. Іршава) медіана йодурії дорівнювала 25,08 мкг/л (показник наближався до гострого ступеня йодної недостатності), у 46,7% жінок відмічався тяжкий ступінь йододефіциту, 23,3% – середній, у 13,3% – легкий, і тільки 16,7% мали достатнє йодне забезпечення.

У результаті проведеного дослідження, слід констатувати тяжкий йодний дефіцит серед населення м. Іршава (частота зоба у жінок –

36,7%,). Помірний ступінь йодного дефіциту виявлено у жінок (26,7%) м. Рахів. Решта жителів області перебувала в стані легкої нестачі йоду (частота випадків тиромегалії від 6,7 до 16,7%). Відомо, що розміри щитоподібної залози ретроспективно виступають показником тривалої адаптації організму до надходження йоду в організм з навколишнього середовища.

Незважаючи на деякий дисонанс в інтерпретації отриманих результатів, виявлена кореляція між вмістом йоду в сечі та частотою тиромегалії вказує на те, що Закарпатська область належить до зони, ендемічної з недостатності йоду.

S10.2/11
БІОЕТИЧНІ ПІДХОДИ ПРИ ВИБОРІ ТА
ЗАСТОСУВАННІ ЗАСОБІВ ПРОФІЛАКТИКИ
ЙДЗ**В.Н.Корзун, О.Д.Петренко***ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім.
О.М. Марзєєва НАМН України»
Київ, Україна*

Актуальність проблеми йодного дефіциту (ЙД) і пов'язаної з ним йодної профілактики (ЙП) в Україні, як і в Росії та Білорусії визначається наявністю йоддефіцитних захворювань (ЙДЗ) та в той же час низькою ефективністю запобіжних заходів: залишається високою розповсюдженість ендемічного зобу, вузлового зобу, аутоімунних тиреоїдів та раку щитовидної залози (ЩЗ), продовжує знижуватись інтелектуальний потенціал населення (Касаткіна Е.П.2009, Фадєєв В.В., 2008, Мохорт Т.В., 2008 та ін.).

Оскільки основним етіологічним чинником цих захворювань вважалось недостатнє надходження йоду в організм, більшість заходів масової, групової та індивідуальної профілактики мають за мету забезпечення організму достатньою кількістю йоду. Базовим, універсальним та економічним методом профілактики ЙДЗ вважається вживання йодованої солі. Однак вивання такої солі лише значно покращує забезпечення йодом населення, але кількість йоддефіцитних захворювань, як в Україні, так і в інших країнах, помітно не зменшується. Неорганічний йод вносили в хліб, дріжджі, цукерки, шоколад, лікарські засоби, воду тощо.Сьогодні стає все більш очевидним, що ліквідація дефіциту одного з мікроелементів не може вирішити проблему. Напевно, оптимальним шляхом є збагачення продуктів харчування кількома мікроелементами (Se, Fe, Zn, Co тощо).

Крім того, з'явилися публікації про нега-

тивні наслідки багаторічного використання такої солі – ріст гіпертиреозів, аутоімунних тиреоїдів спостерігали у США, Австралії, Німеччині, Білорусії.

Важливо відмітити різницю в метаболізмі органічного та неорганічного йоду. Тому багато вчених віддають перевагу використанню органічних сполук йоду (Циб А.Ф., Андрійчук В.П., Касаткіна Е.П. та інші).

Нині достеменно доведено участь у синтезі та метаболізмі гормонів щитовидної залози селену, заліза, міді, цинку, кобальту. Так, залізо входить до складу тиреопероксидази, селен активує печінкову та ниркову 1-йодтиронін,5-дейодиназу, перетворюючи тироксин у активний гормон трийодтиронін тощо.

В останні роки інтенсивно ведуться роботи по створенню спеціальних продуктів харчування, збагачених не тільки йодом, а й комплексом інших мікроелементів, вітамінів, полісахаридів. В рецептури таких засобів профілактики ЙДЗ входять морські водорості (ламінарія, цистозіра, фукус, костарія, аскофіліум та інші). Ці водорості багаті на полісахариди – біологічні сорбенти (альгірати, пектин, зостерин, фукоїдани), вітаміни, макро- та мікроелементи, позитивно впливають на обмін речовин в організмі, нормалізують функцію ЩЗ, зменшують накопичення радіонуклідів та солей важких металів. У доповіді бдуть представлені результати впровадження препаратів та продуктів з водоростями, розроблених нами спільно з технологами у ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва АМН України» (ДД «Барбайод», «Біостар», «Ламінарин», салати, хлібо-булочні, м'ясні та кондитерські вироби з водоростями).

S10.2/12
БІОЕТИЧНІ ПИТАННЯ ЙОДНОГО
ДЕФІЦИТУ ТА ГІПОТИРЕОЗУ В РОЗВИТКУ
МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**Н. В.Скрипник***ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет», кафедра
ендокринології з курсами фізичної
реабілітації, спортивної медицини,
фізвиховання і здоров'я.
Івано-Франківськ, Україна*

Медичні та етичні проблеми профілактики йододефіциту стосуються всього населення. Метаболічний синдром (МС) та гіпотиреоз асоціюються з підвищенням серцево-судинної захворюваності і смертності,

дисліпідемією, ожирінням, артеріальною гіпертензією, дисбалансом адипоцитокінів та прозапальних цитокінів, імунологічними порушеннями. Метою дослідження було вивчення особливостей патогенезу, клінічного перебігу, ролі гуморальних та імунологічних механізмів, адипоцитокінів, функціонального стану щитоподібної залози в розвитку МС у хворих на ЦД типу 2 за умов йодної недостатності в регіонах Українських Карпат.

Обстежено 67 хворих МС з ЦД типу 2, який визначали за критеріями IDF (2005), серед яких 27 чоловіків і 40 жінок віком від 42 до 65 років і тривалістю ЦД від 0,5 місяців до 13 років. Усім хворим проводилось обстеження глюкози крові натще за допомогою апарату «Екзан», глікованого гемоглобіну (HbA1c) хроматографічним методом за допомогою тест-системи для визначення вмісту гемоглобіну D-10™ компанії «Bio-Rad» (USA). Ендогенний інсулін (EI), рівень тиротропіну (ТТГ), тироксину (T_4), трийодтироніну (T_3) визначали методом імуноферментного аналізу з використанням аналізатора «Stat Fax – 303» набором реактивів DRG (USA), DAI (USA). Показник HOMA IR (індекс інсулінорезистентності) обчислювали за формулою: $HOMA\ IR = \frac{глюкоза\ крові\ натще\ (ммоль/л) \times інсулін\ крові\ натще\ (мкОД/л)}{22,5}$. Концентрацію адипонектину, резистину визначали імуноферментним методом за допомогою стандартних наборів фірми Bio Vendor (Germany), IL-6 та TNF- α – набором реактивів фірми «Diaclone» (France). Визначення вмісту йоду в сечі проводилось методом «сліпого», закритого рондамізованого дослідження у разових порціях сечі відповідно до реакції Sandell-Kolthoff за методом J.T. Dunn et al. Сформульовано нову концепцію гіпотиреоз-індукованого МС. За результатами досліджень в аналізованих підгірному та високогірному районах медіана йодурії у хворих високогір'я становила 68.18 ± 6.23 мкг/л, а у хворих передгірного ярусу – 92.73 ± 7.03 мкг/л 161.73 ± 15.94 мкг/л, що свідчить про легкий ступень тяжкості йодної недостатності. Доведено зворотній кореляційний взаємозв'язок виявлено між показниками: HOMA IR і адипонектином ($r = -0,3593$, $p = 0,003$); між рівнем ТТГ і адипонектином ($r = -0,4723$, $p = 0,031$); між HOMA IR і йодурією ($r = 0,238$, $p = 0,0052$). Доведено прямим кореляційний взаємозв'язком між HOMA IR і рівнем ТТГ ($r = 0,5837$, $p = 0,0001$). Встановлено, що ТТГ є новим маркером кардіо-васкулярного ризику при МС з ЦД типу 2 у поєднанні з гіпотиреозом. Виявлено зниження рівня адипонектину (у 6,5 рази) та підвищення резистину (в 2,3 рази), формуванням мікро запалення –

активацією системи прозапальних цитокінів (збільшення TNF- α в 4,2 рази, IL-6 в 6,9 рази) та гострофазових білків (збільшення СРБ в 11,8 рази), що може розглядатись як маркери МС в умовах йодної недостатності.

МІНІ-СИМПОЗІУМ УКРАЇНСЬКОГО ТОВАРИСТВА КЛІТИННОЇ БІОЛОГІЇ ТА БІОТЕХНОЛОГІЇ У СПІВПРАЦІ ІЗ ВСЕУКРАЇНСЬКОЮ АСОЦІАЦІЄЮ БІОЛОГІВ РОСЛИН ТА ЧОРНОМОРСЬКОЮ БІОТЕХНОЛОГІЧНОЮ АСОЦІАЦІЄЮ «НОВІ БІОТЕХНОЛОГІЇ В СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ І ХАРЧОВІЙ ПРОМИСЛОВІСТІ: АНАЛІЗ ЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ»

S11.1/1 GENOMICS IN AGRICULTURAL SCIENCE – SELECTED ETHICAL ISSUES

A.I. Atanassov

*Black Sea Biotechnology Association, Sofia,
Bulgaria*

The evolution of plant breeding is a classic example of how improved biological understanding has been adapted to provide more effective methods of meeting the demands of a changing world. Plant biotechnology offers significant improvements in virtually every area of crop production and utilization, with potential benefits to farmers, the food industry, consumers and the environment. Recent progress in plant genomics has allowed us to discover and isolate important genes and to analyze functions that regulate yields and tolerance to environmental stress.

Production, processing, storage and distribution of food and agricultural products are generally accepted as routine parts of everyday life all around the world. Therefore, these activities have rarely been addressed within the realm of ethics. But food and agriculture, and the economic benefits derived from taking part in the associated system, are means to an inherently ethical end: feeding the world's population and preserving the Earth's food-producing capacity and natural ecosystems for future generations. The ethical dimension of agriculture is therefore inherent to discussions on modern agricultural technologies. Agricultural ethics is about choices for people engaged in agriculture, either directly as farmers or indirectly as government regulators, extension agents, researchers, industrial workers, lawmakers, technology developers, consumers or protestors. This calls on decision-makers and relevant stakeholders to promote and implement responsible use of agriculture, based on respect of a number of (ethically justified) fundamental rights. In this context, decisions on ethically sound design of new technologies in modern agriculture place responsibilities on those called to take them and monitor their implementation.

Agronomy policies adopted over the last few decades have been aiming to increase production by developing new technologies and have achieved considerable improvements in yields. Taking the abovementioned principles of the EU and the UN seriously, the ecological balance could be significantly tilted as agriculture becomes more efficient. However, modern technologies can be used in agriculture to favour sustainability and food security and to bridge gaps between some parts of the world and others and between present and future generations. But the uneven development paths, unsustainable use of natural resources, worsening impact of climate change, loss of biodiversity, poverty, malnutrition and poor quality of food, in spite of modern technology, are clear indicators that economic and technological progress needs to be inextricably related to ethics and to be based on sustainability of natural resources and food security. However, the ethical dimension of agriculture is not only confined to policy design. It also deeply concerns the technological dimension of modern agriculture, at EU and global levels, and any unexpected consequences that arise from use of new technologies in agriculture. When deciding whether certain developments or technologies should be accepted or promoted, we look at the outcomes, at the benefits. However, the first priorities and guiding principles to which any technology in agriculture must adhere are: food security, food safety, and sustainability.

S11.1/2 БИОБЕЗОПАСНОСТЬ: КОНФЛИКТ МЕЖДУ ПРИНЯТИЕМ РЕШЕНИЯ И «ОБЩЕЙ» ЭТИКОЙ

А.Г. Голиков

*Черноморская Биотехнологическая
Ассоциация
Москва, Россия*

Принятие решения является одним из ключевых элементов «цикла биобезопасности», обычно заключающим приемлемость ГМО для использования с заявленными целями, по-

сле сравнения его с традиционным исходным, не модифицированным, организмом.

Решение должно приниматься на базе научно обоснованного анализа риска и содержать планы управления риском в случае «если...» Парадигмой принятия решения должен служить риск, точнее – приемлемость риска.

«Приемлемость» – это то, вокруг чего возникают этические проблемы, где в конфликт вступают корпоративная этика (промышленность, государственный аппарат, неправительственные организации.) и этические воззрения простых людей (являющихся основным потребителем).

В настоящем докладе предпринята попытка анализа этического конфликта при принятии решений в биобезопасности, а также путей к тому, чтобы эти решения были максимально рациональны, точны и в наименьшей степени зависели от обстоятельств, не относящихся к делу.

S11.1/5 ДНК-ТИПИРОВАНИЕ, ИДЕНТИФИКАЦИЯ СОРТОВ И ЗАЩИТА АВТОРСКИХ ПРАВ

Ю.М.Сиволап

Южный биотехнологический центр в
растениеводстве НААН Украины,
Одесса, Украина

Современная биоэтика связана с решением важных проблем биологии и сельского хозяйства. ДНК-технологии используются в детекции генно-модифицированных растений и контроле за распространением генных конструкций в дикой природе. Молекулярные ДНК-овые маркеры также применяются для идентификации и установления происхождения сортов растений. В ПБЦ НААН Украины разработана система идентификации сортов согласно молекулярно-генетическим формулам. Создание такой системы вызвана, с одной стороны, необходимостью защиты прав оригинатора сорта, с другой – контроля за соответствием семян первичных звеньев семеноводства эталонным образцам сорта, переданного в Государственную службу по охране прав на сорта растений.

Система идентификации базируется на ПЦР-анализе микросателлитных (МС) гипервариабельных локусов. Используется 10-15 МС локусов, анализ которых позволяет уникально идентифицировать сорта пшеницы, ячменя, кукурузы, подсолнечника, сорго, сои, винограда и др сельскохозяйственных культур. Молекулярно-генетическая формула состоит из двух частей – идентификационной и инфор-

мационной и представляет закодированные буквой латинского алфавита локусы, в нижнем индексе указывается молекулярная масса аллеля. Сочетание аллелей уникально для каждого сорта. Формула дает представление о генетической структуре сорта и соответствии его требованиям в отношении однородности. В ОЕ не регистрируются гетерогенные, т.е. представленные несколькими генотипами, сорта. При помощи разработанной в ЮБЦ системе идентификации установлена общность происхождения сортов пшеницы Белоцерковская 198 и Мироновская 264, выяснено, что новая культура сориз не получена в результате отдаленной гибридизации, а является мутацией зернового сорго. Показана идентичность линии кукурузы ВІР 44 А 344. Информационная часть формулы содержит данные об аллельном составе агрономически важных локусов – устойчивости к болезням и вредителям, абиотическим и биотическим стрессам, качестве синтезируемой продукции. Так, данные об аллельном составе β-амилазы ячменя позволяют судить о пивоваренных качествах сорта и однородности его по этому показателю. Создание информационной базы данных ДНК-типирования способствует быстрому и точному установлению новизны сорта, линии, гибрида, клона растения что имеет большое значение для решения этических проблем авторства.

S11.2/4 BIOSAFETY AND ETHICS OF RELEASING GM SOYBEAN IN IT'S CENTER OF ORIGIN

D. Dorokhov

Centre Bioengineering of Russian Academy of
Sciences
Moscow, Russian Federation

The introduction of GM crops in countries, which are centers of diversity of specific crops, may in some cases be problematic according the ethics and social issues. *Glycine max* belongs to the subgenus *Soja*, which also contains *G. soja* and *G. gracilis*. *Glycine soja*, a wild species of soybean, grows in fields, hedgerows, roadsides and riverbanks in many Asian countries. Wild soybean species are endemic in China, Korea, Japan, Taiwan and the former USSR, but do not exist naturally in North America. Soybeans are cultivated in two regions of the Russian Federation: in the Far East along the Chinese border, and the area south of the European part of Russia. The Far East is also an area where wild relatives of soybeans occur naturally. Cytological, morphological, and molecular data and data on cross-pollination sug-

gest that *G. soja* is the probable ancestor of *G. max*. Thus there is a potential risk in introducing genetically modified (GM) cultivars to the Far East region. This is the reason to need examine bioethics problems related with releasing herbicide resistance GM soybean (GTS 40-3-2) in Russia Federation.

According scientific background we analysed different scenarios, such as the possibility genes transferred by pollen from GM crops to other cultivars or wild relatives, the potential spread of GM soybean into fields of conventional soybean, fixation of the herbicide resistance trait in certain wild soybean genotypes and others. Also specific risks need to be assessed in particular contexts, and possibilities of safeguarding biodiversity.

We recommend should carefully assess ethic aspects, socio – economic and agricultural needs before introducing GM crop varieties with novel traits into countries, which are centers of origin and diversity agricultural plants and should coordinate on the governmental level careful assessment of the potential risks of hybridization of GM crop plants with weed relatives. Also the establishment and maintenance of comprehensive seed banks to conserve genetic resources of crop plants and their relatives is of crucial importance. In case of positive decision of introduction of GM crops in centers of origin and diversity, introgression of genetic material from GM crops in related species should be monitored during many years.

S11.2/5 ПОТЕНЦІАЛ ВИРАЩИВАННЯ ТРАНСГЕННИХ СЕЛЬСЬКОХОЗЯЙСТВЕННИХ КУЛЬТУР В УКРАЇНІ: ОЦЕНКА ЕКОЛОГІЧЕСЬКОГО РИСКА ВЕРТИКАЛЬНОГО ПЕРЕНОСА ГЕНОВ

О.В.Новожилов

Институт пищевой биотехнологии и геномики
НАН Украины
Киев, Украина

Любая попытка создать новые или улучшить старые сельскохозяйственные культуры сопровождается определенными экологическими последствиями. В последние полтора десятка лет внимание широкой общественности привлечено к широкомасштабному выращиванию генетически модифицированных (ГМ) сельскохозяйственных культур. Использование таких культур позволяет решить ряд острейших проблем в сельском хозяйстве, а именно: значительно повысить урожайность и избежать потерь урожая при его хранении; улучшить пищевые качества растительных продуктов; снизить экологическую нагрузку

на окружающую среду за счет значительного уменьшения использования гербицидов, пестицидов, минеральных удобрений и других агрохимикатов. В тоже время в средствах массовой информации постоянно публикуются материалы о негативном воздействии ГМ организмов на здоровье человека и окружающую среду. Учитывая настороженное, а часто и откровенно негативное отношение общества к новым сортам, проводится тщательная проверка их экологической и пищевой безопасности. При этом зачастую эти исследования многочисленны, громоздки и научно не обоснованы, что неоправданно тормозит внедрение новых разработок.

Поэтому очень важно создать универсальную систему научно обоснованной оценки риска использования ГМО, которая с одной стороны была бы оптимальной по времени и затратам, а с другой обеспечивала необходимый уровень безопасности.

Одним из аспектов этой проблемы является оценка риска вертикального переноса трансгенов от культурных растений в популяции их диких родственников. Хотя до сих пор не было ни одного научно подтвержденного случая негативного воздействия на окружающую среду, вызванного вертикальным переносом генов, не стоит исключать такую возможность в дальнейшем. Непросто обобщить все факторы, которые влияют на вертикальный перенос генов в сложных системах. В первую очередь, при оценке риска необходимо учитывать географические условия, биологическое поведение как трансгенных видов, так и их диких родственников, произрастающих в Украине и др.

В наших исследованиях осуществлена попытка адаптировать к условиям Украины и развить систему предварительной оценки риска высвобождения ГМ растений в окружающую среду, предложенную некоторыми авторами (Ammann et al., 2000; De Vries, 1996; De Vries et al., 1992). По этой системе создается классификация кодов, которая состоит из: 1. Кодов гибридизации и распространения пыльцы (Dp); 2. Кодов динамики диаспор (Dd); 3. Кодов частоты распространения (встречаемости) в природе (Df). Коды распределяются по значимости от отсутствия риска (0) до высокого риска (5). Выяснение и оценка этих кодов для каждого вида или сорта культурных растений дает возможность рассчитать степень воздействия их трансгенных аналогов на окружающую среду. Сейчас разрабатывается 6 категорий риска: 1. Нет воздействия; 2. Минимальное воздействие; 3. Небольшое локальное воздействие; 4. Существенное локальное воздействие; 5. Существенное воздействие;

6. Воздействие не известно. В соответствии с категорией риска определяются необходимое и достаточное количество исследований безопасности трансгенных растений в закрытой системе и в условиях ограниченных испытаний перед высвобождением в окружающую среду. Внедрение такой системы, как части оценки риска ГМО, позволит осуществлять общую для всех процедуру предварительной оценки риска перед детальной, базирующейся на полевом мониторинге и экспериментальных подходах, оценкой. Кроме того, эту систему целесообразно применять перед работами по интродукции растений.

СИМПОЗИУМ «МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ»

S12.1/1 ПРО ДУХОВНУ І МОРАЛЬНУ ШКОДУ ДОШЛЮБНИХ І ПОЗАШЛЮБНИХ ВІДНОСИН

**Архієпископ Львівський і Галицький
Августин (Маркевич)**

*Львівська єпархія Української Православної
Церкви
Львів, Україна*

Початок 3-го тисячоліття на тлі економічних, політичних, соціальних змін, обумовлених глобалізаційними процесами, ознаменувався низкою гострих криз, найголовнішою з яких, безумовно, є криза моралі у суспільстві, і, найперше – у сімейному житті. Введення в дію програм з «планування сім'ї» захисниками так званих «репродуктивних прав жінок» призвело до того, що контрацептиви, з одного боку, зробили жінку доступнішою, а з іншого – звільнили від «зайвих» дітей. Церква ж вчить, що людина повинна гальмувати всі свої пристрасті, в тому числі, й блудну, а застосування протизаплідних засобів стимулює безвідповідальне ставлення до великого таїнства Шлюбу.

В той же час спостерігається навернення великої частини суспільства до традиційної християнської моралі у родинному житті, і нашим завданням є допомога якомога більшій кількості людей у справі відновлення чистоти сімейних стосунків і виховання молодого покоління на основі Божих заповідей та вчення Святої Церкви. Дівоча честь, і подружня вірність – генетична основа не лише сімейних устоїв, а й генетичної спадковості здоров'я і благополуччя родини, нації і держави. Саме тому Свята Православна Церква вчить берегти дівочу, юначу, жіночу і чоловічу моральність, зміцнювати її у сім'ї і в державі. Цнотливість – це вираження не егоїстичної, а євангельської любові людини до себе, яка складається із збереження тілесної і душевної цілості, чистоти. Вона є невід'ємною від любові до Бога.

У шлюбі двоє людей поєднуються в любові, і з двох клітинок, що об'єдналися в одну,

з'являється нова людина. Ми віруємо, що не бажання подружжя, а Сам Господь приводить у життя нове створіння. Проте, взаємний потяг чоловіка і жінки має на меті не тільки заснування сім'ї та народження дітей, але і взаємне духовне піднесення.

Ось чому Церква засуджує усі види блуду, перелюбу, подружньої невірності, проституцію і проповідь так званого «вільного кохання», «пробні» шлюби, які відділяють тілесну близькість від особистісної та духовної спільності. В науці відоме явище телегонії – руйнівних наслідків впливу блуду, розпусти на людську природу. З духовної точки зору, телегонія пояснюється просто: здоров'я душі впливає на здоров'я тіла. Церква ж зберігає ці знання від давніх часів.

S12.1/2 ІНТЕГРАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЕТИЧНИХ І МОРАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ЗАЧАТТЯ ТА СТАТЕВИХ СТОСУНКІВ

о. Сергій Серебровський

*Римо-Католицька церква
Київ, Україна*

Право на життя – це фундаментальне право кожної людської особистості. Життя людини – це неперервний процес росту і розвитку. У різні періоди життя інтенсивність цих процесів неоднакова. І перш ніж стати новонародженим, грудничком, дитиною, підлітком, юнаком і т.д. проходить фаза буття ембріоном, зародком, плодом.

Деякі представники науки стверджують, що «зачатий ембріон» не володіє статусом та цінністю «дитини».

Це положення справ описано Папою Іваном Павлом II в Енцикліці *Evangelium vitae*: «Дехто силкується виправдати переривання вагітності, твердячи, що зародок (принаймні поки не збіг якийсь час) не можна вважати людським життям.» (п.60) Папа впевнено заперечує: «Насправді, від миті запліднення яйцеклітини розпочинається життя, котре не є життям батька

чи матері, але нової людської істоти, що са-
мостійно розвивається. Вона ніколи не стане
людиною, якщо не є нею від моменту зачаття.»
(там же). Папа додає: «Цю очевидну, завжди
зану істинну ... підтверджують цінні докази су-
часної генетики, яка визначила, що від першої
миті існує докладна програма того, ким буде
жива істота: людиною, конкретно людиною, з
цілком певними рисами.»

Тому «аргументи» про право жінки розпо-
ряджатися «своїм тілом» в випадку вагітності
абсолютно безпідставні. Ніхто і ніщо не може
дати право на вбивство невинної людської іс-
тоти, хай це буде ембріон чи плід, дитина чи до-
рослий.

Ступінь гуманності суспільства визначаєть-
ся тим як воно ставиться до самих слабких, не-
захищених своїх членів: інвалідів, людей похи-
лого віку, дітей – в тому числі і ненароджених.
Свідоме і добровільне рішення позбавити жит-
тя невинну людську істоту завжди є злом і ні-
коли не може бути дозволене ні як мета, ні як
засіб досягти доброї мети.

Господь подарував людині весь створений
світ. Але помічає самотність людини: «Тоді ска-
зав Господь Бог: «Не добре чоловікові бути са-
мому; сотворю йому поміч відповідну до ньо-
го». (Бут.2,18). З ребра, яке узяв з тіла чоловіка,
створив жінку.

«Так то полишає чоловік свого батька й матір
і пристає до своєї жінки, і стануть вони одним
тілом». (Бут.2,24)

Шлюб повинен бути визнаний Церквою. Це
«фундамент» шлюбу. В цьому помагає сенс на-
мірів: шлюб освячений, добровільний, єдиний,
нерозривний, передбачений для виховання ді-
тей.

Статеві стосунки призначені для любові,
яку ми називаємо *подружною любов'ю*. Ста-
теві стосунки не є *формою* подружньої любо-
ві. Радше подружня любов є *формою* статевих
стосунків. Статевий акт є вираженням єднання
з коханою людиною, є його звершенням.

Чи можливо хтось із нас прийшов на цей світ
оминаючи цю фазу?

Медичні дослідження констатують, що вже
на 18-21 день після зачаття починає битися
серце маленької дитини. На 40 день можна за-
фіксувати мозкові імпульси, зробити енцефа-
лограму. Це підтверджують останні досягнен-
ня сучасної науки, а на 8-10 тижні вагітності,
коли найчастіше робляться аборти, дитина в
лоні матері вже може повертати голову, по-
сміхатися, стискувати кулачок і ссати палець.
І якщо в медицині за смерть прийнято вважати
стан, коли зупиняється серце і припиняється
діяльність головного мозку, то як розцінювати
те, що до ненародженої дитини застосовують-

ся інші критерії?

*Дані сучасної ембріології незаперечно до-
водять, що кожна людська істота з моменту за-
чаття має свій індивідуальний генетичний код
що є фундаментом його неповторної особис-
тості.*

**Сьогодні ми очікуємо від законодавчої
влади таких законів, яке насправді стануть
на захист кожної дитини, в тому числі і не-
народженої.**

**«Народ, який вбиває своїх дітей, не має
майбутнього» (Іван Павло II).**

Чи матиме майбутнє народ України?

S12.1/3 КОНТРАЦЕПЦІЯ ЯК ПРОТИДІЯ АБОРТАМ. ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА ЕТИЧНИЙ ВИМІР

Т.Ф.Татарчук

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України»*

Київ, Україна

Незважаючи на існування широкого спектру
ефективних та безпечних методів запобігання
небажаній вагітності частота їх використання
українськими жінками складає менше 20 від-
сотків в той час, як рівень абортів в Україні є в
два рази вищим ніж в середньому по країнах
Європейського Союзу. На особливу увагу за-
слуговує високий рівень абортів серед підліт-
кового населення країни.

Аналіз причин низького рівня застосовуван-
ня ефективних методів контрацепції, зокрема
гормональної, дозволив визначити два осно-
вних види обмежуючих факторів: фактори, що
стосуються матеріальної доступності засобу
та фактори, які обумовлюють інформованість
населення щодо ефективності та безпечності
засобів. Якщо перша група факторів складає
соціально-економічну проблему, то друга, во-
чевидь, стосується морально-етичної та пси-
хологічної сфер життя країни. У великій мірі
відповідальність за надання жінкам об'єктивної
інформації щодо безпеки та ефективності різ-
них методів контрацепції лежить на медичних
робітниках та громадських організаціях, ді-
яльність яких стосується репродуктивного
здоров'я.

Основною метою лікаря є допомога по-
дружній парі у виборі оптимального методу
контрацепції, шляхом проведення кваліфікова-
ного консультування з питань планування сім'ї.
Останнє має на меті використання найкращих
доказових даних в поєднанні з виваженням
лікарським досвідом та обов'язковим ура-
хуванням побажань та уподобань пацієнтки.
Ефективність пацієнт-орієнтованого консуль-

тування з питань планування сім'ї є виправда-
ною з морально-етичної точки зору та доведе-
на доказовими дослідженнями.

S12.1/4 АЛЬТЕРНАТИВА АБОРТУ ТА КОНТРАЦЕПЦІЇ – МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ПЛІДНОСТІ

Г.З.Самборська

*Всеукраїнський благодійний фонд «За гідність
людини»*

Київ, Україна

На початку ХХ століття двоє вчених не за-
лежно один від одного – японський гінеколог
Огино (1929) і австрійський гінеколог Кнаус
(1929) встановили залежність між жовтим ті-
лом та прогестероном, а також те, що овуляція
відбувається між 11-м і 18-м днями циклу. Так
з'явився **метод ритму** Огино-Кнауса, більш ві-
домий під назвою **календарний**. Він базуєть-
ся на середньо-арифметичному розрахунку.
Сам по собі має низьку ефективність. Зараз він
втратив свою актуальність, але на жаль, нерід-
ко саме його мають на увазі, коли говорять про
«натуральні методи». Натуральне планування
родини – це стиль життя подружжя, який до-
зволяє свідомо планувати або відкладати за-
чаття дитини.

Розрізняють сучасні методи натурального
або природного планування сім'ї: темпера-
турний (вузький та розширений), овуляційний
(метод Білінгса) та симптотермальні методи
(багатопоказникові). За рекомендацією ВООЗ
термін «натуральне планування дитини» тре-
ба замінити виразом **«методи розпізнавання
плідності» («FERTILITI AWARENES METHODS»
World Health Organization Regional Office For
Europe, Copenhagen, 1987 с. 38-40).**

Інтерес до методів розпізнавання пліднос-
ті викликаний екологічними чинниками, від-
сутністю шкоди для здоров'я, етичними і мо-
ральними поглядами, позитивним впливом на
розвиток гармонійного подружнього зв'язку.
Кожна подружня пара має право на повну ви-
черпну інформацію, що стосується репродук-
тивного здоров'я, має право знати все про
свою індивідуальну плідність у кожен день ре-
продуктивного періоду свого життя.

Чітке спостереження за своїм циклом до-
зволяє точно визначити час зачаття дитини,
що має величезне значення для його прена-
тального розвитку та підготовки до пологів.
Нерегулярний менструальний цикл не є пере-
шкодою для використання методу.

Початок і кінець плідної фази циклу визна-
чаються завдяки ознакам плідності, за якими

жінка спостерігає та інтерпретує. Метод до-
зволяє визначити час найбільш сприятливий
для зачаття дитини, що дуже важливо у випад-
ках із зниженою фертильністю, яку інколи плу-
тають із безпліддям.

Мета будь-якого методу розпізнавання
плідності – інформація, що дає психологічний
комфорт і можливість для правильного при-
йняття рішення, відповідно планам і можливос-
тям сім'ї. Використання методів розпізнавання
плідності не противорічить жодній культурній
або релігійній традиції. Метод дає лише інфор-
мацію, необхідну кожному подружжю, а вико-
ристання цієї інформації залежить від умов, в
яких живе конкретна сім'я і традицій, яких дана
сім'я дотримується.

Природні методи доступні кожному, неза-
лежно від рівня освіти. Навіть з огляду на еко-
логічну ситуацію в Україні, натуральні методи
мають бути пріоритетними. Вони не призво-
дять до прикрих і важких побічних наслідків.

S12.1/5 ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ И НЕПЛАНИРУЕМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В.П.Квашенко

*Донецкий национальный медицинский
университет им. М.Горького*

Донецк, Украина

Доклад посвящен проблеме сохранения
репродуктивного здоровья при прерывании
непланируемой беременности.

Доказано, что искусственное прерывание
беременности оказывает неблагоприятное
воздействие на общее состояние здоровья
женщины и ее репродуктивную систему, а так
же является одной из основных причин гинеко-
логической заболеваемости и последующего
нарушения ее генеративной функции. Одной
из основных причин, ведущих к прерыванию
беременности, является рискованное репро-
дуктивное поведение, которое может привес-
ти к неожиданной или непланируемой бере-
менности, заканчивающейся родами лишь в
3,7% случаев.

Нежелательная беременность, несмотря
на значительные усилия служб планирования
семьи, продолжает оставаться одной из про-
блем, которая может привести к нарушениям
репродуктивного здоровья. Динамика сни-
жения количества прерывания непланируе-
мой беременности в Украине свидетельству-
ет о снижении количества абортів за время
выполнения трех государственных программ.

Однако эти показатели остаются выше, чем показатели в европейских развитых странах. Это связано не только с рискованным поведением нашего населения, но и с контрацептивными неудачами. По данным ВОЗ, даже при корректном использовании контрацептивов ежегодно во всем мире у 6 млн. женщин наступает непланируемая беременность. Однако аборт не является безопасной манипуляцией. Ежегодно в мире от небезопасного аборта погибают более 70 тыс. женщин и сотни тысяч становятся инвалидами.

Решение этой проблемы в Украине во многом зависит от использования контрацептивов и профилактики аборт, т.к. аборт в том виде, который в основном используется в Украине, является «небезопасным и приводит к различным нарушениям репродуктивного здоровья».

S12.1/6
МЕТОДИЧНА ДОПОМОГА В ДІЯЛЬНОСТІ
КАБІНЕТІВ ПЕРЕДАБОРТНОГО
КОНСУЛЬТУВАННЯ З МЕТОЮ МОТИВАЦІЇ
ЖІНКИ ВІДМОВИ ВІД ЗДІЙСНЕННЯ АБОРТУ

С.Р.Лещенко

МБФ»Дар життя «
Київ, Україна

Тези доповіді:

- Християнська позиція виходить з того, що аборт – це є вбивство дитини, яка вже має Богом дану душу, але фізичний розвиток і життя цієї ще ненародженої людини ще залежить від матері.
- На даному етапі духовного формування і розвитку нашого суспільства ми, на жаль, не готові заборонити аборти. Але якщо нам не вистачає сміливості заборонити аборти, то ми хоча б повинні набратись сміливості і почати доносити правду про аборти та їх наслідки до жінок, які зважуються на таке рішення.
- Адже людина може прийняти правильне рішення лише тоді, коли володіє повною і правдивою інформацією, коли є свідомою про наслідки прийнятого нею рішення.
- Досвід роботи МБФ «Дар життя»
- це щоденне консультування жінок з кризовою вагітністю, починаючи з 13 і до 60 років. Він показує, що справа відмовлення жінки від аборт є досить непростим, але дуже потрібна людям, про що свідчать багато врятованих від аборт дітей. Інформація, почута жінкою про формування і розвиток дитини, про наслідки аборт навряд чи забудеться; це посіяне зерно обов'язково проросте і дасть свій плід в майбутньому.

- Передабортне консультування** має включати в себе:

- 1) Інформацію про те, що життя людини починається ще з утробі матері. Консультування має донести інформацію про особливості розвитку дитини в утробі матері.
 - 2) Розповідь про аборт, хід операції, наслідки фізичні і психологічні.
 - 3) Реальні приклади з життя про фізичні наслідки абортів і вплив таких рішень на долю жінки в подальшому.
 - 4) При необхідності направлення жінки в державні, благодійні та громадські організації, де вона отримає психологічну, гуманітарну чи інший вид допомоги; отримає підготовку у школі материнства до пологів і догляду за дитиною; пізнає природні методи розпізнавання плідності.
- Кабінети передабортного консультування повинні мати можливість для неспішного доброзичливого спілкування з жінкою, бути обладнані відповідним ілюстративним матеріалом, муляжами внутрішньоутробного розвитку дитини, короткометражними відеофільмами, які розкривають особливості такого розвитку. Робота з жінкою не повинна закінчуватись одноразовим спілкуванням; вона повинна мати можливість надалі звертатись із запитаннями і за порадами.

Висновок.

Життя людини починається з моменту зачаття і є безцінним даром Божим. Тому будь-яке посягання на життя людини, включаючи і ще ненароджених, є злочинним і неприпустимим.

Християнська позиція виходить з того, що аборт – це є вбивство людини, яка вже має Богом дану душу, але фізичний розвиток цієї ще ненародженої людини ще залежить від матері.

Бог дав людині право вільного вибору у прийнятті усіх рішень, але це «право» не є абсолютним і безмежним – воно обмежується Божими заповідями, суспільними, моральними, етичними законами. На жаль, ми повсякчас забуваємо про це «але», забуваємо, що право кожного з нас не є безмежним, воно закінчується там, де починаються права та свободи іншого. Згідно нашого законодавства, мати **має** право позбавити життя дитину, але право дитини на життя набагато цінніше і вище, ніж дане право матері.

На даному етапі духовного формування і розвитку нашого суспільства ми, на жаль, не готові заборонити аборти. Але якщо нам не вистачає сміливості заборонити аборти, то ми хоча б повинні набратись сміливості і почати доносити правду про аборти та їх наслідки до жінок, які зважуються на таке рішення.

Людина може прийняти правильне рішення лише тоді, коли володіє повною і правдивою інформацією, коли є свідомою про наслідки прийнятого нею рішення.

Кабінети передабортного консультування – це реальний шанс почати відроджувати суспільство. Бо суспільство не може бути здоровим і щасливим там, де мати вбиває дитину.

Такі кабінети мають бути в кожному лікувально-профілактичному закладі, де проводиться штучне переривання вагітності.

Робота в них не повинна відбуватись «формально». Такою справою повинні займатись натхненні люди, бо байдужість тільки знищить цю важливу справу.

S12.1/7
ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВТРАТИ
ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ЧОЛОВІКІВ ТА ДІТЕЙ,
ЩО ДОРОСТАЛИ В РОДИНІ З ДОСВІДОМ
АБОРТУ

К.М.Гончар

*Міжнародний Соломонів університет/
Міжнародна організація психологічної
допомоги особам з досвідом занедбаності,
насилля та прокреаційних втрат NEST (New
Experience for Survivors of Trauma).
Київ, Україна.*

«Найбільшим біологічним успіхом, якого може досягти людина, є народження потомства»¹. У тім контексті кожна втрата дитини в лоні матері є безпосередньою загрозою для існування людського роду.

Серед існуючих видів втрати вагітності звернімо увагу на той, що найбільш травмує не тільки жінку, а й її партнера (батька дитини), дітей та оточення, а саме, на аборт. В сучасному довіднику психологічних захворювань DSM IV не фігурує такого виду психологічної травми як «Постабортний синдром», він описується лише в контексті «Посттравматичного синдрому». Певно, це має свої причини, першими з яких, мабуть, є економічні.

Канадський професор психіатрії Філіп Ней та його жінка Марі Пітерс у співпраці з польським доктором психіатрії Вітольдом Симоном описали такі наслідки аборт у жінок та їх партнерів, як патологічний жаль, депресія, патологічне переживання провини, нереалістичні очікування а також постава надмірної турботи в стосунку до живих дітей, порушення сну, страх, труднощі в обдаровуванні довір'ям партнера, себе, дітей, психосоматичні захворювання, розлад статевої сфери, пошкоджена система

контролю агресії, розрив партнерських стосунків тощо. Для чоловіків змінюється значення статевого акту, який, замість того, щоб нести життя, стає причиною смерті потомства. Це може бути однією з причин алкогольної залежності або імпотенції². Внутрішні конфлікти переживають також діти, що виховувались в родині з досвідом аборт³.

S12.1/9
МЕДИЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД
ВАГІТНОСТІ

Ю.В.Давидова

*ДУ» Інститут педіатрії, акушерства та
гінекології Національної академії медичних
наук України»
Київ, Україна*

На сьогоднішній день в нашій країні актуальним є розвиток медичного та психологічного супроводу вагітності, тому що встановлено взаємозв'язок між розвитком певних ускладнень перебігу вагітності з порушеннями психоемоційного стану жінок, зокрема з наявністю психотравмуючого досвіду попередньої вагітності, екстрагенітальної патології. На окрему увагу заслуговує необхідність консультування жінки медичним психологом у разі її налаштування на переривання непланованої вагітності.

У клініці для вагітних груп високого перинатального ризику психопрофілактична підготовка до вагітності та пологів має проводитись в трьох напрямках: інформаційному, виховному та оздоровчому. Жінки з екстрагенітальною патологією дуже уразливі психологічно, тому що всі фізичні та психологічні резерви витрачають на боротьбу з основним захворюванням, внаслідок чого відбувається виснаження організму. Слід враховувати той факт, що на сьогоднішній день успішно виношують та народжують ті жінки основне захворювання яких ще до недавнього часу було протипоказанням для вагітності. Жінка, яка має важку екстрагенітальну патологію, потребує належного психологічного супроводу вагітності: відвідування лікаря-психолога, обговорення медичних та психологічних особливостей перебігу вагітності та пологів, формування позитивної та адекватної суб'єктивної моделі пологів.

Окрема увага психолога потрібна у випадку необхідності переривання вагітності за медичними показниками з боку матері або плода. Жінка, яка категорично не бажає народжувати дитину, в момент прийняття рішення про переривання вагітності не відчуває психологічної травми, а лише відчуття необхідності «вирішен-

¹ Вітольд Сімон. Аборт, його причини і наслідки. Синдроми втрати вагітності, насилля, занедбання. Терапія. – Львів, 2006

² Там само

³ Winkler A. Kryzys wartości rodzinnych i kierunki wyjścia.

ня проблеми». Однак, якщо наступна вагітність не настає або виникають ускладнення перебігу наступних вагітностей у таких жінок виникає самозвинувачування, яке іноді перетворюється на трагедію. Тому, доцільним є підхід, коли до суто медичної акушерської допомоги при вирішенні питання щодо переривання чи збереження вагітності слід додати адекватну психологічну підтримку. Всі ці питання враховані при проведенні консультування та підготовки пари до вагітності і пологів в нашому інституті, розроблена програма психологічного супроводу вагітності для жінок групи високого перинатального ризику та таких, що мають психотравмуючий досвід попередньої вагітності.

S12.1/10 ВІДМІННОСТІ МІЖ ЗАРОДКОВОЮ ТА НАРОДЖЕНОЮ ЛЮДИНОЮ

Б. А. Рудий
КНУ ім. Т. Шевченка
Київ, Україна

Якщо проаналізувати подібність людини у «зародковому» стані та людини у народженому стані за трьома критеріями – 1. наявністю/відсутністю «розсудкової/аналітичної» частини людської сутності, 2. наявністю/відсутністю «сердечної/відчуттєвої» частини людської сутності, 3. наявністю/відсутністю короткотривалої пам'яті та 4. наявністю/відсутністю довготривалої пам'яті, – то можна показати, що принципова (структурна) відмінність між «зародковою» та народженою людиною полягає у першому та останньому критеріях. Отже, людина під час її абортівання на більшості стадій вагітності відчуває весь процес, але не здатна запам'ятати їх.

Також у доповіді розглядаються питання: «Чим була душа до того як стала душею?», «Хто страждає від абортівання людини» та інші достаточні до назви доповіді.

S12.1/11 П'ЯТЬ ПУТЕЙ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА СУЩЕСТВОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ ОТ МОМЕНТА ЗАЧАТИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗМЕНЕНИЯ АБОРТИВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В УКРАИНЕ

З.Серебровская
И-т физиологии им. А.А.Богомольца НАНУ
Київ, Україна

Биологическими науками убедительно показано, что жизнь человека начинается в момент зачатия, или, чтобы быть точным, в момент, когда контакт мембран сперматозоида и яйцеклетки ведет к перепрограммированию

последней на начало нового жизненного цикла. Но присутствие *человеческой личности* в эмбрионе не является очевидным, также как не является очевидным существование Бога. Однако, то, что некоторые не верят в Бога, еще не доказывает, Бога нет. Точно также, если кто-либо не верит в присутствие полноценной человеческой личности в только что зачатомся человеческом существе, то это не доказывает, что с ним можно обращаться не как с человеком. И если в современном мире вопрос о существовании Бога мало влияет на законодательство, а значит на поступки людей, то философский вопрос о статусе человеческого эмбриона очень сильно связан с юридическими нормами.

В законодательствах различных стран данный вопрос решается по-разному. В некоторых странах, таких как Германия, Италия, Польша, Ирландия, юридические нормы основаны на утверждении, что человеческая жизнь драгоценна от момента зачатия, хотя законы содержат противоречия: с одной стороны эмбрион с самого начала признается *ребенком*, но с другой – здоровье и психологический комфорт матери ставится выше жизни этого *ребенка*. Есть страны, где в человеческом эмбрионе человеческие права признаются не с самого начала, а момент таковой выбран произвольно. Например, в Великобритании эксперименты над эмбрионами разрешены до 14 дня развития. Есть страны, к которым относится Украина, законодательство которых и вовсе не оговаривает статус человеческого эмбриона, хотя подробный закон о гуманном отношении к животным у нас принят.

Какой путь изберет наша страна? Не подлежит сомнению, что Украине необходим закон, в котором бы защищалась человеческая жизнь от момента зачатия. Это касается не только прерывания беременности, но и искусственных репродуктивных технологий, и других манипуляций с эмбрионом человека. Попробуем по примеру Фомы Аквинского выдвинуть пять доказательств присутствия человеческой личности в эмбрионе от момента зачатия.

Первый аргумент Фомы: Argumentum ex motu. «Все, пребывающее в процессе изменения, изменяется под воздействием чего-то иного». Человеческий эмбрион, если не вмешиваться в естественный ход его развития, превращается в существо, обладающее качествами, присущими человеку. Такое направление развитие человеческого эмбриона принимает всегда. Что же является причиной этого явления, как ни природная закономерность, и кем тогда является этот комочек жизни, как ни человеческим существом?

Второй аргумент Фомы: Argumentum ex ra-

tione causae efficientis. «...мы должны предположить наличие некоей первой причины, которую все называют одним именем: Бог». Возвращаясь назад, мы можем проследить наше поступление в университет, школьные годы, кое-кто помнит детский сад. Материнскую утробу мы не помним, но мама говорит, что мы там были. А здравый смысл нам подсказывает, что мы начались с момента слияния гамет. Так кем мы были в момент образования эмбриона, если не человеком?

Третий аргумент Фомы: Argumentum ex contingentia; «...из ничего не может возникнуть что-либо...» Каждый из нас откуда-то появился. Если я сегодня человек, то и вчера, по всей вероятности, я был человеком. Если нет, то кем я тогда был?

Четвертый аргумент Фомы: Argumentum ex gradu. Этот аргумент базируется на идее о наличии иерархии добра и совершенства. «Например, предметы становятся теплее по мере того, как они приближаются к источнику тепла, т.е. к самому теплему. Подобным же образом должно существовать нечто самое истинное, самое доброе и самое благородное, а потому и в наибольшей степени исполненное бытия...». Общество представляет собой градацию развития личности. Оно состоит из людей разного возраста, интеллектуальных способностей, образования и моральных качеств: от заключенных пожизненно за тяжкие преступления до таких светочей ума и добродетели, как Тереза из Калькутты или папа Иоанн-Павел II. У каждого из нас есть пройденные этапы, и есть перспективы. Значит, тот, кто может достичь человеческого совершенства, кто если не человек?

Пятый аргумент Фомы: Argumentum ex fine. «...все в природе направляется к своей цели кем-то разумным, кого мы называем Богом». Если из недельного эмбриона человека выделить клетку и поместить в трехмерную среду, то эта клетка в большинстве случаев уже не сможет дать начало новому эмбриону, но все же образует эмбриоидное тело с тремя зародышевыми листками – так велико природное стремление к цели: дать начало новому жизненному циклу. Так и в целом эмбрион наблюдается безудержное стремление к цели: расти и развиваться именно таким образом, чтобы обрести черты, свойственные человеку. Так кто же он, если не человек?

Если даже наши аргументы не убедительны для всех, то они, по крайней мере, заставляют сомневаться в отсутствии человеческой личности, а значит чего-то достойного абсолютного уважения, в человеческом эмбрионе. А это, в свою очередь, если не доказано обрат-

ное, обязывает нас вести себя так, как будто человеческий эмбрион и есть полноценная личность. Это единственный путь не повторить ошибок нацизма.

S12.2/1 ЗАКОНОДАВЧІ МОЖЛИВОСТІ ЗАПОБІГАННЯ АБОРТАМ: УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

Р.Ю.Гревцова
Академія адвокатури України, Українська
медико-правова асоціація
Київ, Україна

У преамбулі Конвенції про права дитини (1989), що набрала чинності для України у 1991 році, міститься посилання на Декларацію прав дитини (1959) і наводиться її положення, відповідно до якого «дитина, внаслідок її фізичної і розумової незрілості, потребує спеціальної охорони і піклування, включаючи належний правовий захист як до, так і після народження».

Чинне українське законодавство не забороняє проведення абортів. Відповідно до ст. 281 Цивільного кодексу України (2003) та ст. 50 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992), операція штучного переривання вагітності може бути проведена за бажанням жінки, якщо термін вагітності не перевищує дванадцяти тижнів. У випадках, встановлених законодавством, вона може бути проведена при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів (до набрання чинності у 2004 році новим Цивільним кодексом України здійснення абортів було можливим при вагітності до 28 тижнів).

Розвиток вітчизняного законодавства з цих питань характеризується деяким підвищенням уваги до збереження здоров'я жінки та життя плоду.

До 2006 року аборт при вагітності строком більше ніж 12 тижнів міг бути проведений при наявності цілої низки медичних і так званих «соціальних» показань. Перелік соціальних показань був досить широким і включав, серед інших, такі показання як розлучення, знаходження жінки або її чоловіка у місцях позбавлення волі і навіть наявність трьох і більше дітей.

15 лютого 2006 року була прийнята Постанова Кабінету Міністрів України № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України», якою більшість «немедичних» підстав була виключена з переліку підстав для проведення абортів при вагітності строком більше ніж 12 тижнів. Щоправда, у цьому переліку залишилися такі підстави, як, наприклад, вік вагітної

жінки менш як 15 або більш як 45 років.

20 липня 2006 року наказом МОЗ України № 508 була затверджена Інструкція про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової звітності та інструкцій щодо їх заповнення. До неї додається Пам'ятка пацієнтці щодо штучного переривання вагітності, у якій, серед іншого, міститься інформація про шкідливий вплив абортів на здоров'я жінки і репродуктивне здоров'я подружжя та післяабортні ускладнення, що може сприяти прийняттю пацієнткою рішення про збереження життя зачатой дитини та власного здоров'я.

Однак можливість прийняття жінкою рішення про переривання вагітності у першому триместрі вагітності навіть без жодних медичних показань викликає серйозне занепокоєння.

Чинне законодавство з цих питань потребує удосконалення.

Шлях, який буде обрано законодавцем, може, за влучним висловом D. Morgan (2001), «розповісти нам про те, хто ми і якими людьми ми хочемо стати».

S12.2/2 ДУХОВНА І ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІСЛЯ АБОРТУ

Бойко о. Ігор
*Український Католицький Університет
Львів, Україна*

Поштовхом до підняття даної теми стала проблема великої моральної та духовної кризи, яка спостерігається у сучасному зматеріалізованому світі та обездуховленому суспільстві. Незаперечним є той факт, що на сьогоднішній день ми зустрічаємося із ментальністю людей, яка ставить під загрозу людське життя через: легкодоступні контрацептивні та абортівні засоби; узаконення абортів (в тому числі і в Україні); проведення експериментів на «зайвих» людських ембріонах, отриманих за допомогою репродуктивних технологій та їх намірене знищення; спроби клонування людини; легалізацію евтаназії (в деяких країнах світу) та різні способи маніпуляції людським життям. Це далеко не повний перелік проблем, з якими людство увійшло в ХХІ століття. З цієї причини ми можемо говорити про поширення «культури смерті», яка все більше поширюється, стає домінантною культурою нашого часу і, яка без сумніву протиставляється гідності, святості та недоторканості кожного людського життя, створеного на образ і подобу Божу.

Аборти виконувались від давна, але ніколи їх не було практиковано в такому глобальному,

страшному вимірі як сьогодні. Саме на цьому важливому аспекті – поширенні «культури за життя» – я хотів би наголосити у своїй доповіді, обмежуючись до розгляду проблематики абортів, зокрема духовному наверненню, психологічній допомозі та зціленню після абортів.

S12.2/4 ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДУХОВНО- МОРАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ ШКІЛЬНОЇ МОЛОДІ В УКРАЇНІ

В.М.Жуковський
*Національний Університет «Острозька
Академія»
Острог, Україна*

Сьогодні світова та вітчизняна спільнота дедалі частіше прагне дати морально-етичне тлумачення численним проблемам, пов'язаним з життям і смертю людини. І це не дивно, адже духовно-моральна криза і втрата людьми ціннісних орієнтацій, численні хвороби і прагнення бути здоровим будь-якою ціною нерідко ставлять перед лікарем і пацієнтом низку проблем, які переходять у площину моралі і етики.

Водночас набагато дієвішою за лікування є профілактика багатьох хвороб, які тривожать сьогодні людей. Одним з найбільш ефективних шляхів профілактики захворювань є духовно-моральне виховання молодого покоління. З початку 1990-х років в Україні здійснюється викладання предметів духовно-морального спрямування, яке має за мету духовно-моральне виховання молоді на християнських моральних цінностях. Цей процес розпочався в трьох Західних областях України: Львівській, Івано-Франківській та Тернопільській, але зважаючи на свою ефективність, швидко поширився на всю Україну. Духовно-моральне виховання здійснюється у 1-11 класах загальноосвітніх шкіл у процесі факультативного, за згодою батьків, викладання предметів духовно-морального спрямування один раз на тиждень. До предметів духовно-морального спрямування належать такі курси: основи християнської етики, етика в українській культурі, етика: духовні засади та ін. Для викладання предметів духовно-морального спрямування розроблено відповідні програми, підготовлено і видано навчально-методичні матеріали з грифом МОН України, підготовлено педагогічні кадри у державних закладах.

На уроках з предметів духовно-морального спрямування учні довідуються про те, що життя – це дар Божий, а тіло – Храм Духа Святого, усвідомлюють цінність життя і здоров'я, вчать ся дбати про власне життя і здоров'я і життя та

здоров'я інших, дають оцінку негативним проявам ставлення до власного здоров'я.

За даними численних соціологічних досліджень, під впливом уроків духовно-морального спрямування поведінка учнів змінюється на краще, покращується ставлення до ровесників, батьків, вчителів, оточуючих людей, а предмети духовно-морального спрямування за свідченням самих школярів, стали для них найважливішими і найулюбленішими.

Зважаючи на очевидну ефективність предметів духовного морального спрямування, слід було б, на нашу думку, розширити їх викладання, сприяти на державному рівні, щоб вони викладалися не як факультатив, а як обов'язковий предмет. Важливою у цьому зв'язку є допомога держави у виділенні коштів на випуск підручників і посібників, підготовку відповідних педагогічних кадрів у вищих навчальних закладах, адже християнські духовні цінності – це важлива запорука духовного і фізичного здоров'я людини.

S12.2/5 ПРИРОДНЕ ПРАВО ЯК ПІДСТАВА ДЛЯ ПОЗИТИВНОГО ПРАВА НА ЖИТТЯ

Петро Гусак
*Інститут родини і подружнього життя
Український Католицький Університет
Львів, Україна*

Право людини на життя гарантує ряд документів – як міжнародних, так і українських, а також Конституція України, яка в статті 27 стверджує: «Кожна людина має невід'ємне право на життя». Яке походження цього права? Чи воно лише позитивне¹ та конвенційне? Якщо б так було насправді, то розмова про право на життя і його відстоювання не вартували б уваги, тому що в будь-який момент людство могло б його змінити, звузити чи скасувати.

У недавній історії саме так розуміли право на життя ті, хто пізніше сів на лаву підсудних Нюрнберзького процесу (20.11.1945 – 1.10.1946). Обвинувач Джексон ствердив, що цих осіб привела на лаву підсудних їхня **ненормальна та нелюдська** поведінка, яка становить склад злочину, тому що «ми вважаємо злочинною заплановану чи намірену поведінку, яка є хибною як з моральної, так із правової точки зору».²

Що ж є підставою для права людини на жит-

тя, якщо зазіхання на нього *завжди* є злочином, незалежно від прийнятого на тій чи іншій території чинного законодавства? – **Природне право**, яке випливає зі самої природи людини³. Якою є ця природа?

Відповідь на це питання дають: 1. філософська антропологія; 2. емпіричні науки, об'єктом дослідження яких є людина; та 3. богослов'я. Кожне правове формулювання, яке стосується людини, її життя та гідності, повинно спиратися на результати досліджень цих наук, інакше воно буде безпідставним, голослівним та відносним.

Базована на самій дійсності, на даності людини філософська антропологія стверджує, що людина, на відміну від інших біологічних істот, є **особою**, вона є нею **від початку**, тобто – **від зачаття**, і вже від цього моменту вона посідає незрівнянну **гідність** та недоторканні, непорушні **права**, першим серед яких є недоторканне **право на життя** – від початку свого існування і до його природного закінчення.

Сучасна ембріологія стверджує, що життя людини починається з моменту злиття статевих клітин, з якого, завдяки неповторному генетичному кодові, починається розвиток нової людини. Зигота вже є людиною, а отже – **особою**, хоча її специфічно особові здатності та особові акти проявляться далеко пізніше. Всі стадії пренатальної фази онтогенезу – **типово людські**. В цьому розвитку не існує якогось «порогу гомінізації», до якого ембріон ще не був би людиною, а після нього – став би. Це значить, що людина є людиною на *кожній* стадії розвитку, а отже – повинна мати в незвуженому обсязі всі фундаментальні, невідчужувані **права людини** незалежно від стадії її розвитку.

Саме ці наукові дані про природу людини повинні лягти в основу формулювань українського законодавства, яке повинно гарантувати право на життя *кожній людині*, незалежно від стадії розвитку.

ЦКУ гарантує право на життя лише «фізичній особі» (ст. 281 «Право на життя», ч. 1 і ч. 2), чим вилучає з-під дії права на життя людей у пренатальному періоді, дискримінуючи їх за стадією розвитку і *звужуючи* застосування ст. 27 Конституції України *тільки до вже народжених людей*. Це суперечить ст. 22 Конституції України, яка гласить, що «при прийнятті нових законів ... не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод».

Отже, всі гарантовані Українською державою права людини можуть бути заперечені, якщо згідно зі ст. 281 ч. 6 ЦКУ її можливо легально вбити ще до народження. ЦКУ фактично

1 Позитивним (від лат. positum – встановлене) зветься право, джерелом якого є (тільки) волевиявлення людей, тобто – сформульоване на тих чи інших правових засадах чинне законодавство.

2 Див.: The Trial of German Major War Criminals – provides transcripts from the Nuremberg trials, на веб-сторінці <http://www.nizkor.org/>, Second Day: Wednesday, 21st November, 1945, Part 1 of 8 (переклад та підкреслення мої – П.Г.).

3 Під поняттям «природа» я розумію тут суть, конститутивну структуру людини як цілості, а не тільки її біологічну складову – тіло, інстинкти і т. д.

дозволяє інфантицид. Дві його статті: ст. 25 ч. 2, та ст. 281 ч. 6, є *безпідставними* – конвенційними та позитивістськими, які дискримінують людей за стадією розвитку.

Якщо людство «дозріє» до Нюрнберзького процесу-2, то на ньому засудять як злочинців проти людства тих, хто легалізував аборти (та «контрацепцію» абортивної дії), і практикує їх зараз.

Потреба змін в українському законодавстві, у його базованості на природному праві, зокрема в тих формулюваннях, які стосуються права зачатой, але ще не народженої дитини на життя, тому що тільки таке право може бути підставою для всіх інших прав людини взагалі.

S12.2/6 ФОРМУВАННЯ В УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ УКРАЇНИ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЖИТТЯ, ЗДОРОВ'Я І СІМ'Ї

Т.Є.Бойченко
*ДВНЗ «УМО» НАПН України
Київ, Україна*

Життя, здоров'я і сім'я – беззаперечні цінності людства в усі періоди його існування. Особливого значення вони набувають у суспільствах, що розвиваються, і, передусім, через несформованість належного ставлення молоді до цих цінностей. Саме тому в Україні гостро постає проблема необхідності формування у школярів ціннісного ставлення до життя як унікального явища, здоров'я як основи добробуту та життєвого успіху, сім'ї як запоруки щастя кожного та різнобічного розвитку нашої держави.

Упродовж навчання учнів у загальноосвітньому навчальному закладі (ЗНЗ) зусилля усіх учасників навчально-виховного процесу, що відбувається за компетентнісним підходом, спрямовані на особистісний розвиток молоді. За такого підходу серед різних ключових компетентностей, які уможливають здатність молоді людини до самостійного успішного життя в умовах, що постійно змінюються, є й здоров'язбережувальна. Саме формування цієї компетентності включає не лише оволодіння певним обсягом знань та переліком життєвих навичок, спрямованих на збереження життя і зміцнення здоров'я, а й розвиток ціннісного ставлення до життя, здоров'я, сім'ї.

Стандарт освітньої галузі «Здоров'я і фізична культура» розбудовано на основі основних положень про здоров'язбережувальну компетентність. Чинні програми інваріантного предмета «Основи здоров'я» для учнів 1-4-х та 5-9-х

класів, структуровані на основі стандарту, в змістовій частині та державних вимогах до навчальних досягнень учнів містять належну інформацію, наукову за змістом, але відібрану й трансформовану з урахуванням рівня психофізіологічного та соціального розвитку дітей.

За чинними програмами предмета «Основи здоров'я увагу учнів», починаючи з першого класу, зосереджено на основних блоках формування, збереження, зміцнення фізичної, психічної, соціальної та духовної складових здоров'я, що знаходить відображення у параграфах низки відповідних підручників.

Серед різних тем предмета «Основи здоров'я» належну увагу надано тим, що присвячені розгляду різних аспектів цінності життя як феномена; здоров'я як умови, що забезпечує належний рівень і якість життя; сім'ї, де формується світогляд дитини, її ставлення до жінки і чоловіка, матері і батька, дітей, старших членів родини. Розвиваючись поступово, від класу до класу, розкриваються основні положення гендерності; умови і методи збереження здоров'я загалом (з 1-го класу), репродуктивного зокрема (9 клас); особливості гігієни дівчаток і хлопчиків (наприклад, у 6 класі). Актуальна для України тематика профілактики ВІЛ-інфікування є наскрізною в усіх класах, а увага старшокласників (8-9 класи) акцентується на сімейних цінностях, розвитку особистісних якостей молоді людини, які уможливають її життєвий успіх в сім'ї, громаді, суспільстві.

S12.2/7 ДУХОВНЕ ВИХОВАННЯ В ХХІ СТОЛІТТІ: СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ В УКРАЇНІ

А.В.Євтодюк
*Луцький національний технічний університет
Луцьк, Україна*

Системна криза, що вразила світ загалом й Україну зокрема, спонукає науковців до пошуку шляхів виходу з неї. Згідно синергетичної парадигми, криза – закономірний етап становлення системи, що розвивається, оскільки спонукає до пошуку шляхів оптимізації її функціонування. Але ж ми сьогодні спостерігаємо переважно деградацію, яка веде до знищення системи. Про що неодноразово попереджали вчені різного спрямування ще з середини ХХ-го століття. Де ж вихід?

Насамперед, на нашу думку необхідно означити стрижень усіх цих проблем. Він очевидний – спотворене розуміння сутності духовності, а відтак, навмисна й штучна девальвація її значення як в аксіологічній, так і онтологічній площинах.

Складається враження, що екзистенційні виклики пошуку сенсу життя на початку ХХІ століття людство намагається розв'язати майже повністю ігноруючи існування Творця та Його ролі. Та й саме трактування духовності набуло таких спотворених форм, що, зрештою, для земної спільноти стали очевидно катастрофічними спроби відсунути християнські цінності на маргінес сучасної історії. Як наслідок – саме життя втрачає не лише сенс, але й знецінюється, а свідоме нищення живого на усіх етапах, та експерименти з усім живим ставить під сумнів перспективу можливості природовідповідного Життя в ХХІ столітті.

Незворотність глобалізаційних процесів на українських теренах спонукає особу до пошуків шляхів узгодження з одного боку процесів відстоювання національної ідентичності, а, з іншої – уміння виживати й реалізовувати себе в мультикультурному універсумі. Сучасна система освіти, на жаль, має досить обмежену кількість механізмів, покликаних допомагати у вирішенні цієї надскладної проблеми. Із тріади, яка означає людину – біологічне-соціальне-духовне – духовне практично повністю ігнорується. Предмети, які покликані сприяти становленню моральності, побудованої на засадах християнської моралі, що оперує поняттями не лише добро й зло, але й гріх, ще не зайняли гідного місця в навчально-виховному процесі усіх рівнів. Суїциди, аборти, агресія, безперевна жага накопичення лже-цінностей, девальвація інституту сім'ї, тотальна брехня, й, зрештою, зневір'я, а, відтак, демонізація, – сумна реальність сучасної України. Секуляризація, проведена комуністичним режимом на початку ХХ століття, ще й сьогодні стоїть на заваді системного духовного виховання особи не лише в Україні, а й практично на усьому пострадянському просторі. Відсутня Національна доктрина духовного виховання. Душа, вартісніша за увесь світ, віддана на відкуп світові...

S12.2/8 АБОРТИ В УКРАЇНІ ТА ЇХ ДЕМОГРАФІЧНІ НАСЛІДКИ

Л.І.Слюсар
*Інституту демографії та соціальних
досліджень ім. М.В.Птухи НАН України
Київ, Україна*

Хоча в останні кілька років демографи констатують певні позитивні зрушення у демографічному розвитку України, демографічна ситуація в країні залишається складною. Вона

характеризується погіршенням якісних і кількісних характеристик населення, глибинною деформацією механізму його відтворення. Депопуляція (тобто процес зменшення чисельності населення внаслідок перевищення рівня смертності над рівнем народжуваності) супроводжується погіршенням якості населення, в першу чергу його здоров'я і життєздатності. В цих умовах значне поширення штучного переривання вагітності (абортів) слід оцінювати негативно не тільки з морально-етичної точки зору, але як фактору погіршення демографічної ситуації в країні.

Слід виділити наступні негативні наслідки високого рівня абортів у контексті демографічних проблем країни:

негативний вплив на рівень народжуваності (втрата життя плоду, який не народився, та ризик подальшого безпліддя)

негативний вплив на рівень смертності (ризик смерті матері)

негативний вплив на репродуктивне здоров'я жінок (фахівці визнають аборт основним чинником розладу репродуктивного здоров'я)

негативний вплив на психічне здоров'я жінок (тривале відчуття провини та образи, розвиток психологічних комплексів)

негативний вплив на міцність шлюбу (неможливість мати дітей є однією з причин розлучення)

Кількість абортів в Україні поступово зменшується, що є позитивним фактором, однак у порівнянні з розвиненими країнами Європи рівень абортів є дуже високим: показник кількості абортів на 1000 жінок репродуктивного віку в нашій країні у 2-3 рази вище, ніж у цих країнах. Значна кількість абортів припадає на першовагітних.

Суспільство і держава повинні прияти інтенсивному зменшенню кількості абортів в Україні. Для цього необхідно:

- пропаганда цінності життя з моменту його виникнення
- сприяння поширенню більш гуманних методів планування сім'ї
- пропаганда і підтримка здорового способу життя, традиційних моральних норм, в перше чергу відмови від неупорядкованих статевих стосунків
- економічна і соціальна підтримка вагітної жінки, яка опинилась у складній життєвій ситуації.

S12.2/9**РОЛЬ КАТОЛИЧЕСКОЙ И ПРАВОСЛАВНОЙ
ЦЕРКВИ В КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ЗАЩИТЕ
ЖИЗНИ РЕБЕНКА ОТ ЗАЧАТИЯ ДО
РОЖДЕНИЯ****А.Лисец***Про Вита,
Ветово, Хорватия*

Защиту жизни людей в периоде с момента зачатия до рождения надо проводить хорошим государственным законом. В этом смысле очень может помочь и активное участие Католической и Православной Церкви.

В Русской Федерации с 2003-его года, существует договор Министерства здравоохранения и Русской Православной Церкви через которого представителям Церкви разрешается беседовать с беременным женщинам против аборта в медицинских учреждениях.

В Хорватии, с согласием министерства здравоохранения, медработники шлют беременных женщин католическим священникам, монахиням и другим католическим центрам консультирования что бы отказались от аборта. В более чем в 40 городах Хорватии, католические священники и монахини печатают обращение беременным женщинам в виде листовки «Дорогая мама» со своими адресами. Таким образом они охватили всю страну. Здесь русский перевод этой листовки:

«Дорогая мама, под своим сердцем ты имеешь сына или дочь. Красиво быть матерью. Не делай аборт! Может быть сейчас, во время беременности у тебя некоторые проблемы. Мы желаем помочь тебе их решить уважая жизнь каждого зачатого ребёнка. Помощь беременной женщине, что бы в каждой, даже самой тяжелой ситуации, она с радостью и любовью приняла жизнь каждого зачатого ребёнка, оказывает (католический священник) (монахиня) по адресу..., телефон ...»

Этими листовками и плакатами в достаточном количестве, регулярно снабжаются:

А) все гинекологи и акушерки в так называемых «женских консультациях», больницах, частных клиниках и т.д., для того, что бы листовки «Дорогая мама» дали каждой беременной женщине.

Б) все фармацевты аптек, что бы листовки «Дорогая мама» они давали тем, кто хочет покупать тест на беременность.

В) все лаборатории, что бы листовки «Дорогая мама» они дали всем женщинам, которые хотят делать тест на беременность.

Когда беременная женщина держит в руках листовку «Дорогая мама», ситуация изменяется в положительном смысле, потому что сейчас ей говорят: «Не делай аборт, матерью быть прекрасно».

Мы замечаем что ни каждая беременная женщина, получившая такую листовку действительно посетит католического священника или монахиню. Она прекрасно знает заранее, что они ей скажут. Но когда она читает эту листовку, мы уже проводим с ней консультацию. Она может показать эту листовку супругу, его матери или парню от которого забеременела, и это поможет им тоже быть против убийства ребёнка.

Когда медработники распространяют листовки «Дорогая мама», они начинают больше говорить женщинам против аборт.

Во время и после таких бесед не подписываются никакие бумаги. Ребёнка нельзя убивать никогда!

Мы делаем то, что мы можем, и то, что должны делать: даём понять женщине, что мы заинтересованы в том, что бы она не делала аборт, и что мы желаем оказать ей духовную, моральную, и по возможности, материальную помощь, для того, что бы она отказалась от аборта.

Даже, если не возможно сразу обеспечить её всей материальной помощью, которую она ищет, духовная и моральная поддержка сделает для неё очень много.

Доброе слово, которое не стоит для вас ничего, спасает жизнь не рождённого ребёнка.

Более 90% беременных женщин, которые думают о аборте, не хотят материальной помощи, если эту помощь предлагают для того, что бы они отказались от аборта. Проблема эта духовная и психическая. Католические и православные священники и монахини знают как решать такие проблемы.

Иногда действительно встречаются очень бедные женщины, тогда и небольшая материальная помощь для них имеет огромное значение. Но надо быть осторожными, что бы эту материальную помощь она не использовала для того, что бы заплатить за аборт.

Католические священники в Хорватии, с помощью своих представителей – мирян, организовали, на основе христианских ценностей, беседы в некоторых гинекологических отделениях больниц и клиник. Получили комнату в которой лично беседуют с каждой беременной женщиной как решить её проблему без греха. Если возможно, беседа проводится и с отцом нерождённого ребёнка.

Таким образом мы помогли спасти жизнь огромного числа детей.

S12.2/10**АБОРТ – ЦЕНТРАЛЬНА ТЕМА БІОЕТИКИ****П.А.Павлюк***Гуманітарно-теологічний інститут
Одеса, Україна*

Біоетику можна розглядати як науку, об'єднуючу біологічні знання й загальнолюдські цінності. Основна відмінність біоетики сьогодні – її суто корпоративний характер. Біоетика виходить з ідеї «активного пацієнта», який, будучи моральним суб'єктом, вступає в складні діалогічні (а часом і конкурентні) відносини з іншими суб'єктами – лікарями й ученими.

Якщо лікарі або біологи як експерти мають найбільш достовірне знання, приміром, про те, як зробити аборт або технічно клонувати людину, то питання про моральну або правову допустимість подібних дій перебувають поза їх професійною компетенцією. Тому біоетику розбудовують представники цілого ряду дисциплін: лікарі, біологи, філософи, богослови, психологи, соціологи, юристи, політики й багато інших. У цьому вимірі біоетика є міждисциплінарним феноменом. Проблеми, породжувані прогресом біології й медицини, настільки важкі й різноманітні, що для їхнього розв'язання необхідні спільні зусилля людей, що володіють різними видами знання й досвіду.

Сьогодні в центрі осмислення є ідея автономії людини, її невід'ємне право (щозакріплюється міжнародним і національним законодавством) самостійно ухвалювати найбільш важливі рішення, що стосуються її власного життя.

Медична наука ХХІ століття може маніпулювати життям людини, керувати нею (наприклад, генетично коректувати особливості людини, допускати донорство органів без згоди донора, знищувати життя на ембріональних стадіях, відмовляти в лікуванні або припиняти медичну допомогу безнадійному хворому). Подібні можливості найчастіше вступають у протиріччя зі сталими моральними цінностями її принципами. В силу цього протиріччя й формується біоетика як система знання про межі припустимого маніпулювання життям і смертю людини. Встановлення цих меж набуває сьогодні особливого значення. В силу етичного плюралізму, який є відмінною рисою сучасного демократичного суспільства, у законодавствах різних країн закони, що стосуються даної проблематики, або відсутні, або вступають у протиріччя із сучасними науковими даними й традиційними цінностями, що у свою чергу призводить до стихійного поширення нових медичних технологій і наукових досліджень.

Тому моральні переконання людей, основані на християнських морально-етичних принципах, сьогодні залишаються чи не єдиним способом захисту суспільства від руйнівних наслідків використання цих технологій. Розуміння світу як Божого творива, довіра Творцеві правового верховенства, погляд на антропологію з позицій християнського світогляду, дозволяють розуміти й реагувати на суть системних процесів загальної депопуляції homo sapiens, у тому числі й за допомогою абортів.

БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ГАРМОНІЗАЦІЇ ПРАВ ЛЮДИНИ ТА ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

Круглий стіл RT1

RT1/1 МЕДИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ҐЕНЕЗИ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ ГАРМОНІЗАЦІЇ ПРАВ ЛЮДИНИ І ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

С.Д.Максименко

*Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України
Київ, Україна*

Дійсна реалізація сучасної методологічної позиції – розуміння особистості як існуючої і такої, що саморозвивається, дозволяє відкрити принципово нові аспекти розгляду особистості як об'єкту наукового вивчення, зокрема в медико-правовому контексті.

Генетична психологія досліджує особистість в її реальному саморусі і тим самим долає проблему редукціонізму та «елементності» підходу. Генетико-моделюючий метод дозволяє виявляти дійсні психологічні механізми становлення цілісної особистості та її окремих структурно-функціональних одиниць. Використання цього методу дозволило впритул підійти до розуміння таких глобальних питань, як витоки особистості та співвідношення біологічного і соціального в ній. Відкриваються захоплюючі обрії наукового пошуку. Разом з тим, традиційні для психології особистості питання її структури і формування розглянуті в контексті зазначеної провідної методологічної парадигми вимагають системного вивчення в поєднанні психологічних, медичних та правових підходів.

Реально психологія оперує трьома об'єктами. Первинним об'єктом виступає уявлення про людину, як суспільну духовну істоту. Цей об'єкт об'єднує всі науки про людину, отже, є загальним (гносеологічним) об'єктом, який виконує світоглядну функцію для визначення специфіки об'єкта пізнання стосовно тієї чи іншої конкретної науки. Справжнім же об'єктом

психології є людина, як наявна, духовно-цілісна реальність, що породжена предметно-практичною діяльністю в конкретно-історичних умовах з дуже конкретними правовими та медичними обмеженнями, цілісна особистість, яка на різні впливи оточення реагує різноманітними психічними та соматичними змінами. Саме цей об'єкт виступає перед дослідником як об'єкт-данність. Ідеальний об'єкт – людина, як універсальна, цілісна істота в системі соціальних цінностей.

Коротко окреслимо лише основні наукові сфери актуального узгодження зусиль психології, медицини та права. Відправна початкова точка, «початок» життя особистості. Психологія приділяла замало уваги цьому вихідному суттєвому моменту, визначаючи, що все починається після фізичного народження людини. Фундаментальне психологічне положення, що будь-яка психічна структура виникає на основі попередньої, змушує нас серйозно аналізувати це питання. Виявляється, що проблема виникнення особистості, це, насправді, проблема виникнення життя; особистість є *твором* двох інших люблячих особистостей, і як така вона є постійним продовженням і довічним рухом-розвитком людського духу, культури, цивілізації. Безкінечне існування особистості при «кінечності» життя окремої людини виводить в дуже актуальну площину проблему часу. Його дійсними вимірами є соціальне і біологічне в людині.

Людина не може розглядатися лише як об'єкт діагностики та терапії, як об'єкт правових дій, а лише як суб'єкт зі складним психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища.

Розвиток та поглиблення психологічного аспекту медичної моделі хвороби та правового забезпечення дозволяють сприймати не нозологічну одиницю чи об'єкт правових дій, а не повторну індивідуальність.

Формою конкретизації вивчення людини, як об'єкту наукового пізнання в сфері біології та медицини, є об'єкти інтелектуальної власності. Гармонізація принципів інституту права інтелектуальної власності та принципів інституту захисту прав людини повинно здійснюватися саме на засадах принципів біоетики.

RT1/2 РОЛЬ НДІ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ НАПРН УКРАЇНИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПРАВ ЛЮДИНИ У СФЕРІ БІОЕТИКИ

О. П. Орлюк

*НДІ інтелектуальної власності Національної
академії правових наук України
Київ, Україна*

Сьогодні не викликає сумнівів необхідність обговорення проблем біоетики не лише в медичному співтоваристві, але й широким колом громадськості. Адже дослідження у цій площині зачіпає соціальні, екологічні, медичні, соціальні, правові проблеми, які стосуються не просто людини, але й екосистеми, що нас оточує.

Право на здоров'я є одним з основних прав людини. Практика доводить, що нині його реалізація залежить від багатьох чинників, у т.ч. й правового забезпечення. При цьому мова йде не лише про законодавче регулювання сфери охорони здоров'я, але й про необхідність розуміння ролі правової охорони й захисту інтелектуальної власності. Наприклад, наявність патентної охорони суттєво впливає на формування національного ринку фармацевтичних препаратів, цінової політики на них, експортно-імпортних операцій тощо.

Чинне законодавство України у сфері охорони прав на винаходи і корисні моделі передбачає механізми, що до певної міри дозволяють забезпечити баланс між доступом суспільства до лікарських засобів та подержанням інтересів власників прав на об'єкти інтелектуальної власності. Водночас це законодавство не можна назвати досконалим. Слід враховувати й те, що Україна наразі перебуває у процесі переговорів щодо укладення двосторонніх угод. І для нашої держави необхідним є проведення постійного моніторингу та оцінки стану національного соціуму та забезпечення його відповідними державними (у т.ч. й правовими) механізмами, перед проведенням широкомасштабного процесу імплементації стандартів і вимог в усіх сферах регулювання суспільних право-

відносин, запроваджених у ЄС.

У цьому контексті актуальності набувають питання високоякісного фахового забезпечення нормотворчого та правозастосувального процесу, у т.ч. у сфері охорони здоров'я, біоетики. Відповідно, значно підвищується і необхідність проведення у постійному режимі не лише фундаментальних, але й прикладних наукових досліджень у сфері інтелектуальної власності, інноватики тощо.

У цій площині істотну роль в країні відіграє НДІ інтелектуальної власності НАПрНУ, який об'єднав зусилля багатьох науковців та практиків, що представляють різні галузі знань. Здійснюючи наукові дослідження з різних питань сфери інтелектуальної власності та інноватики, фахівці Інституту накопили істотний теоретичний потенціал та практичний досвід, що дозволив їм посісти достойне місце в національній системі охорони і захисту прав інтелектуальної власності.

Спеціалізуючись на багатьох напрямках права та економіки інтелектуальної власності, фахівці Інституту не обійшли і сферу охорони здоров'я. Зокрема, лише за останній рік наші спеціалісти брали участь в якості тренерів у міжнародному семінарі-тренінгу «Інтелектуальна власність, права людини та доступ до медичних препаратів в країнах Східної Європи і Центральної Азії» (14-18.09.2009 р., м. Київ; за підтримки Інституту Відкритого Суспільства та Міжнародної благодійної організації «Відродження»); у регіональній зустрічі на тему «Доступ до основних лікарських засобів, ВІЛ та права інтелектуальної власності», організованої за програмою ООН (ПРООН/ UNDP) щодо практики по ВІЛ/СНІДу та Інституту Відкритого Суспільства (OSI) (21-22.09.2009 р., м. Київ).

Логічним продовженням зазначеного заходу стала організація та проведення безпосередньо нашим Інститутом семінару «Інтелектуальна власність та доступ до лікарських засобів в Україні» (8.04.2010 р., м. Київ; за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»). За підсумками семінару, в якому брали участь представники органів державної влади, системи охорони здоров'я, міжнародних організацій, громадськості, за рішенням керівництва НАПрНУ та МОЗ України було утворено спільну робочу групу з питань інтелектуальної власності та доступу до лікарських засобів, яка почала успішно працювати.

На порядку денному стоїть розробка концептуальних засад правового забезпечення сфери інтелектуальної власності в контексті її роботи на користь екосистеми.

RT1/3
ПАТЕНТУВАННЯ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ
ЛЮДИНИ: МОРАЛЬНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ**Л.І.Работягова***НДІ інтелектуальної власності АПрН України
Київ, Україна*

Відповідно до законів більшості країн Європи, а також ст. Європейської патентної конвенції способи терапевтичного та хірургічного лікування виключені з кола патентоздатних об'єктів. Такий стан обґрунтовується етичними міркуваннями або тим, що вказані способи не можуть вважатись промислово придатними. При цьому в таких розвинених країнах як Японія та США патенти на винахід на способи терапевтичного та хірургічного лікування видаються.

Різниця в підходах країн до патентування способів лікування знайшло відображення в ст. 27 Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності, якою встановлено, що країни-члени можуть «не дозволяти патентування діагностичних, терапевтичних та хірургічних методів лікування людини або тварин».

На сьогодні діючий Закон України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» (далі – Закон) не обмежує перелік об'єктів медичного призначення, яким надається правова охорона. Крім того, в Україні на способи терапевтичного та хірургічного лікування можна отримати як патент на винахід так і патент на корисну модель. Однак для забезпечення балансу прав власника патенту України на способи лікування з інтересами суспільства або з правами лікаря, етичним обов'язком якого є вибір найкращого способу лікування пацієнта, в Закон необхідно внести зміни, зокрема:

виключити хірургічні та терапевтичні способи лікування та діагностики людей і тварин з переліку об'єктів, які можуть охоронятись як корисна модель;

ввести до Закону визначення процесу (способу) як об'єкта технології на кшталт визначення, яке надано в п.2.3.2 «Правил складання і подання заявки на винахід та заявки на корисну модель», а саме: «процес (спосіб) як об'єкт технології – це дія або сукупність дій, виконуваних щодо продуктів та інших матеріальних об'єктів за допомогою принаймні одного продукту і спрямованих на досягнення певного технічного результату»;

ввести до Закону норму, що «не визнається порушенням прав, які надаються патентом, використання запатентованого винаходу (корисної моделі) при разовому виготовленні ліків в аптеках за рецептом лікаря та при здійсненні

дій, які застосовуються для виготовлення ліків таким чином».

При цьому слід широко висвітлювати в засобах масової інформації той факт, що патент на винахід не є дозвоільним документом на використання запатентованих хірургічних та терапевтичних способів лікування в медичній практиці. Такі документи дозвоільного характеру видаються тільки відповідними структурами Міністерства охорони здоров'я. Патент на винахід (корисну модель) – охоронний документ, що засвідчує пріоритет, авторство і право власності на винахід (корисну модель).

RT 1/4
ПАТЕНТНА ОХОРОНА ЛІКАРСЬКИХ
ЗАСОБІВ:
СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ**Н.Г.Медведева***НДІ інтелектуальної власності АПрН України
Київ, Україна*

Прогрес у сфері фармакології характеризується безперервним пошуком і створенням нових препаратів.

Головний аргумент на користь патентної охорони наступний: патент повинен бути засобом, що стимулює створення нових ефективних лікарських препаратів. Для системи правової охорони винаходів, що відносяться до нових речовин і лікарських препаратів, характерні ті ж проблеми, які властиві патентуванню винаходів в області хімії й суміжних з нею областей. Однак мають місце й деякі істотні особливості, які пов'язані зі специфікою лікарського препарату як товару, із процедурою його промислового випуску, застосуванням, обігом на ринку медикаментів [1, с. 46].

Об'єктами винаходу (корисної моделі), яким надається правова охорона відповідно до Закону України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» можуть бути продукт; процес (спосіб), а також нове застосування відомого продукту чи процесу.

Що стосується винаходів в області фармацевтики правова охорона надається винаходам на нову хімічну сполуку; фармацевтичну композицію; способи синтезу речовин, або способи одержання лікарських сполук і композицій; застосування уже відомих речовин, у яких була вперше виявлена фармакологічна активність, або вже відомих ліків, для яких було знайдено нове призначення; способи лікування з використанням нової хімічної сполуки або композиції на її основі.

На ряді з цим, велике значення має і форма захисту нових хімічних сполук. Слід зазначити,

що у патентному праві існують такі поняття як пряма (абсолютна форма захисту або обмежена призначенням) і непряма форми захисту нових хімічних сполук [2, С. 57-58].

Для того, щоб набути найбільш широкі монополні права на фармацевтичному ринку розробник може скористатись двома шляхами. Перший – отримати, так звані, «зелені» патенти, наприклад, спочатку на нову хімічну сполуку, потім на композицію, до складу якої входить остання, на спосіб отримання тощо. Другий – намагаючись зразу запатентувати дуже широку формулу нової хімічної сполуки, так звану родову структуру або структуру Маркуша.

Перед розробником нового лікарського засобу стоїть дилема: що патентувати – нову хімічну сполуку чи отримувати так званий «зелений патент», та яку форму захисту отримувати – пряму чи непряму.

Дослідження даного питання виявило ряд питань, які потребують детального вивчення та негайного доопрацювання нормативно-правових актів, якими користується експертиза та заявники – Правил складання і подання заявки на винахід та заявки на корисну модель, Правил розгляду заявки на винахід та заявки на корисну модель.

RT 1/5
ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ ТА ДОТРИМАННЯ ІНТЕРЕСІВ
СУСПІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**А.В.Міндрул***Науково-дослідний інститут інтелектуальної
власності НАПрН України,
Київ, Україна*

Уніфікація мінімальних стандартів охорони прав інтелектуальної власності в рамках СОТ безпосередньо вплинула на доступність лікарських засобів в державах-учасницях. В першу чергу, це обумовлено виробленням однако-вих підходів до об'єктів, що можуть одержати охорону в якості винаходів, обсягу виключних прав, що надаються, а також вимог до охорони «нерозголошуваних» даних, що стосуються фармацевтичної продукції.

Досі в Україні цим питанням не приділялось належної уваги. Проте, характер непритаманних законодавству України положень щодо врегулювання відносин у сфері інтелектуальної власності та реєстрації лікарських засобів викликав потребу у нагальному вирішенні ряду практичних питань, до яких, зокрема, відносяться:

- реалізація положень щодо примусового ліцензування винаходів (корисних моделей);

- питання вичерпання прав на винаходи і корисні моделі та можливостей здійснення паралельного імпорту як інструменту зниження ціни на лікарські засоби;

- використання винаходів (корисних моделей), об'єктами яких є лікарські засоби, в експериментальних цілях (положення Болар);

- питання охорони «нерозголошованої інформації» про дані доклінічних та клінічних випробувань;

- функцій регуляторного органу з реєстрації лікарських засобів по відношенню до охорони прав інтелектуальної власності,

- узгодження питань патентної охорони та охорони даних фармацевтичних досліджень.

Слід зазначити, що на даний момент зміни законодавства України, пов'язані із реалізацією вимог Угоди TRIPS у даному контексті, ще не вплинули на стан ринку лікарських засобів повною мірою. Разом з тим, необхідно враховувати, що наразі більше 70% національного ринку лікарських засобів становлять генеричні лікарські засоби, які є більш доступними для українського споживача за ціною, ніж оригінальні. Згодом, реалізація вимог чинного законодавства у сфері інтелектуальної власності та реєстрації лікарських засобів може особливо негативно вплинути на можливість виходу на ринок життєво необхідних генеричних версій оригінальних препаратів.

Зважаючи на це, державна політика, пов'язана із наданням будь-яких виключних прав, що надають певну монополію, має бути збалансованою та враховувати інтереси не лише правовласників, але і суспільства у цілому.

RT1/6
СУДОВА ЕКСПЕРТИЗА ОБ'ЄКТІВ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ В СФЕРІ
ФАРМАЦЕВТИКИ**С.Петренко***Центр експертних досліджень НДІ
інтелектуальної власності АПрН України,
Київ, Україна*

Найскладнішими для судово-експертного дослідження об'єктами інтелектуальної власності є винаходи (корисні моделі) та технічні рішення, що їм протиставляються.

Одним з важливих моментів в процесі захисту прав є формування доказової бази та обсяг інформаційних матеріалів з якими у подальшому буде працювати експерт в процесі проведення судової експертизи.

Відповідно до чинного законодавства України експерт не має права за власною ініціативою збирати матеріали для проведення експертизи, а також вибирати вихідні дані для

проведення експертизи, якщо вони відображені в наданих йому матеріалах неоднозначно.

Тобто, експерт при проведенні судової експертизи працює лише з тими матеріалами, які містяться в наданих йому на дослідження матеріалах справи. Обов'язок формування та долучення до матеріалів справи документів, необхідних для проведення експертом у подальшому об'єктивного та повного дослідження, покладається на сторони, що приймають участь в процесі, відповідно до процесуального порядку залучення доказів до матеріалів справи.

У випадку, коли експерту для відповіді на поставлені питання буде недостатньо матеріалів, які надані на експертизу, він має право звертатися тільки до органу чи особи, який(а) призначив(ла) експертизу, з клопотанням про надання йому додаткових матеріалів, необхідних для дачі експертного висновку. При цьому хотілося б зазначити, що експерт саме «має право», а «не зобов'язаний» звертатися з клопотанням про надання додаткових матеріалів.

Як показує практика, клопотання експерта або його відсутність, як правило, це додаткове підґрунтя для сторони, що не задоволена Висновком судової експертизи, звинувачувати експерта або в неповноті проведеного дослідження, або в перевищенні своїх повноважень. І хоча в деяких випадках такі звинувачення викликають подив, іноді вони спрацьовують та призводять до призначення повторної експертизи.

Отже, аби в певній мірі убезпечити себе від надмірних строків проведення експертизи та призначення повторних експертиз, а також оптимізувати кошти витрачені на судовий процес, сторони повинні подбати про долучення до матеріалів справи всієї необхідної інформації для проведення експертом дослідження. Якщо ж стосовно такої інформації на етапі досудової підготовки матеріалів необхідна консультативна допомога, то найкращим її джерелом є спеціалісти які практикують у сфері судової експертизи об'єктів інтелектуальної власності.

RT1/7

БІОЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК НЛП: ПСИХОЛОГІЧНІ, ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ

О.Ю.Кашинцева, Л.О.Шатирко
КУП НАН України, Інститут психології ім.
Г.С.Костюка АПН України,
Київ, Україна

Широке застосування методик НЛП у повсякденному житті та відсутність в Україні законодавства, яке б захищало людину від їх

несанкціонованого застосування зумовлює необхідність розпочати міждисциплінарну наукову дискусію: з позиції сучасної психології та психіатрії – стосовно безпечних меж впливу на людську свідомість, з позиції деонтології – стосовно етичності застосування НЛП в певних сферах суспільного життя, з позиції юриспруденції – стосовно необхідності розробки національного законодавства з урахуванням досвіду країн, в яких застосування НЛП отримало відповідне правове регулювання і як одна з форм медичного втручання, і як відповідний об'єкт (сукупність об'єктів Втрати контролю за застосуванням методик НЛП є однією з ознак духовної кризи суспільства і причинно-наслідковий зв'язок тут може виявитися не одностороннім. Особливої уваги вимагають сфери застосування методик НЛП, в яких вони не ідентифікуються нефахівцем і де вони чинять постійний вплив на людську свідомість, деформуючи її душу, а отже завдаючи шкоди цілісності особи. Застосування методик НЛП є надзвичайно поширеним в мережевому маркетингу, сектантських богослужіннях і почасти богослужіннях деяких офіційно визнаних релігій.

У зв'язку з відсутністю належного правового регулювання застосування методик НЛП у політичній агітації та пропаганді, «чорні НЛП техніки» набувають в Україні у передвибірчий період масового характеру. Про небезпеку використання методик НЛП в політичній агітації фахівці застерігали. Проте, через небажання позбавитися ефективного способу маніпуляції суспільною свідомістю в різних сферах суспільного життя легальність застосування методик НЛП майже ніколи не виносилася на широкий загал.

Думаємо, що суспільству слід бути свідомим того, що нерегульоване на законодавчому рівні застосування методик НЛП ставить під загрозу як психічне здоров'я нації, так і основоположні права і свободи людини.

RT1/8

КРИМІНАЛЬНО-ПРОВОА ОХОРОНА ПРАВ НА ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ

А.С.Нерсисян

Київський університет права НАН України,
Київ, Україна

Сучасне українське кримінальне право спрямоване на здійснення охорони прав і свобод людини і громадянина, власності, громадського порядку та громадської безпеки, довкілля, конституційного устрою України. Законодавець не дарма ставить на перше місце цьому переліку такі об'єкти охорони як пра-

ва – адже саме порядок реалізації права на охоронювану кримінальним законом цінність найбільшою мірою страждає при вчиненні злочину.

Однією з проблем, що виникають в сучасному суспільстві, є охорона прав на технології, що створюються в процесі наукової та науково-технічної діяльності. Однією зі сфер, де такі технології є найбільш вразливими, є медична і фармацевтична сфера.

Можливість охорони медичних технологій нормами кримінального права слід розділити на два принципово різних варіанти. Перший можливий за умови, коли технологія може бути запатентована як винахід чи корисна модель. За таких умов будь-яке порушення прав власника патенту викликає, поряд з цивільною адміністративну відповідальність (ст. 51-2 КпАП), якщо порушення не завдало встановлених законом збитків або кримінальну (ст. 177 КК), якщо такі збитки завдані.

В той же час слід зауважити, що не всі технологічні досягнення можливо запатентувати в якості винаходу або корисної моделі, адже не всі вони можуть відповідати критеріям патентоздатності. Крім того, слід зауважити, що проти патентування з певних причин (обмеження строку чинності майнових прав на винахід тощо) може виступати і сам розробник технології. За таких умов альтернативним способом охорони технологій є запровадження на них режиму комерційної таємниці. Проте слід зауважити, що власник комерційної таємниці сам повинен зробити все можливе для охорони таємниці – адже відповідно до ст. 505 ЦК України Строк чинності права інтелектуальної власності на комерційну таємницю обмежується строком існування сукупності ознак комерційної таємниці, встановлених частиною першою статті 505 цього Кодексу. Це означає, що комерційна таємниця в цілому чи в певній формі та сукупності її складових є невідомою та не є легкодоступною для осіб, які звичайно мають справу з видом інформації, до якого вона належить, у зв'язку з цим має комерційну цінність та була предметом адекватних існуючим обставинам заходів щодо збереження її секретності, вжитих особою, яка законно контролює цю інформацію. Лише з таких умов незаконне збирання і використання комерційної таємниці тягне за собою відповідальність за ст. 231 КК, а її розголошення особою, якій ця інформація стала відомою в зв'язку з професійною або службовою діяльністю – за ст. 232 КК.

RT1/9

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ І ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

О.І.Мацегорін

Київський університет права НАН України,
Київ, Україна

Широкому загалу населення України досить відома медична практика, коли лікар після проведеного обстеження повідомляє рідним і близьким хворого встановлений діагноз, розповідає про особливості та тривалість курсу лікування а також можливі перспективи видужання.

В сучасних умовах право на збереження таємниці про стан здоров'я є одним з ключових прав, що забезпечують приватне життя фізичної особи, проте проблемним є гармонізація цього права з правом інтелектуальної власності. Проблема лікарської таємниці пов'язана з недоліками правового регулювання суспільних відносин стосовно відомостей, які носять закритий характер для сторонніх осіб. На законодавчому рівні досі не встановлені конкретні параметри таких відомостей, умови та процедура доступу до них, не урегульований порядок поводження медичних та інших працівників, які їх отримали в силу своєї професійної діяльності. Невизначенням на сьогодні залишається і перелік відомостей, які не можуть бути віднесені до категорії лікарської таємниці.

Для розуміння змісту лікарської таємниці, насамперед, варто визначити її поняття у системі інформації з обмеженим доступом. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають загальне правило. Окремі законодавчі акти (Цивільний кодекс України, Сімейний кодекс України, Кримінальний кодекс України, закони України «Про донорство крові та її компонентів», «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інші) конкретизують перелік відомостей, які становлять зміст лікарської таємниці.

Науковці розходяться в думках щодо визначення поняття «лікарська таємниця». Одні стверджують, що лікарська таємниця є аналогом медичної таємниці, а інші – поняття лікарська таємниця й медична таємниця розрізняють, вважаючи, що лікарською таємницею є інформація про пацієнта, а медичною – для пацієнта.

Чинне законодавство України не встановлює вичерпний перелік відомостей, які складають зміст лікарської таємниці, визначається, зокрема, що це – відомості, що стосуються психічного і соматичного станів особи, інфор-

мація про стан здоров'я осіб, які виявили бажання здати кров, тканини, клітини або певний орган, відомості про зараження особи інфекційною хворобою, що передається статевим шляхом тощо. Отже, поняттям «лікарська таємниця» охоплюється досить широке спектр відомостей, адже окрім суто медичних відомостей, закон охороняє і відомості про інтимну і сімейну сторони життя громадянина. Право на збереження лікарської таємниці, як самостійна складова, закріплене у цілій низці нормативно-правових актів не лише на національному, а й на міжнародному рівні. Так, Лісабонська декларація, прийнята 34-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Лісабон, Португалія, вересень/жовтень 1981 року), встановлює, що пацієнт має право очікувати, що його лікар буде поважати конфіденційний характер медичних та особистих відомостей про нього. Міжнародний кодекс медичної етики зобов'язує лікаря поважати права пацієнта, колег, іншого медичного персоналу, дотримуватися конфіденційності стосовно отриманих відомостей про стан здоров'я, результати обстеження та лікування пацієнта. Більше того, лікар повинен зберігати у повній таємниці все, що він знає про свого пацієнта, навіть після смерті останнього. Проблемним питанням залишається гармонізація положень законодавства щодо лікарської таємниці та прав інтелектуальної власності на способи лікування.

RT1/10 ПРАВОВІ МЕЖІ СВОБОДИ ВИБОРУ ТОРГОВЕЛЬНОЇ МАРКИ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Я.Іолкін

*Науково-дослідний інститут інтелектуальної
власності НАПрН України,
Київ, Україна*

Правові межі свободи вибору суб'єктом господарювання торговельної марки є суттєвим моментом для розкриття проблематики визначення права на торговельну марку. Правові межі вибору торговельної марки слід класифікувати за такими ознаками: об'єктивні правові межі свободи вибору торговельної марки: а) дефініція торговельної марки; б) моральність обраного позначення з позиції Етичного кодексу лікаря. 2) суб'єктивні правові межі свободи вибору торговельної марки: а) належність іншому господарюючому суб'єкту на підставі реєстрації; б) належність іншому господарюючому суб'єкту на підставі першовикористання.

Правові межі свободи вибору торговельної

марки крізь призму її дефініції визначаються, зокрема, «відкритістю каталогу позначень», які можуть бути основою торговельної марки. При виборі позначення для торговельної марки не можна відкидати і проблему нівелювання розрізняльної здатності відбувається і внаслідок внесення позначення до Офіційного збірника всесвітньої організації охорони здоров'я.

Щодо меж свободи вибору торговельної марки в контексті відповідності вимогам моралі, то доцільно, на думку автора, враховувати і вимогу критерію «благозвучності позначення», який є певною запорукою її успішності. Проте, це залежить ще й від того, за яким принципом створювалася торговельна марка, які завдання ставили перед собою розробник і потенційний власник, на який асоціативний зв'язок між позначенням і споживачем розраховує розробник позначення. Позитивна асоціативність притаманна знакам, які у свідомості споживача формують довіру до товаровиробника і впевненість у якості товару, завдяки його особливій символіці (Антиангін). Негативна асоціативність є властивістю знаків, які формують у свідомості споживача небажане ставлення до товару (Obserin).

Щодо суб'єктивних правових засад вибору торговельної марки, то належність на підставі реєстрації чи першовикористання торговельної марки іншому господарюючому суб'єкту, можна розглядати як двостороннє обмеження, про що свідчить аналіз судової практики.

Обираючи торговельну марку, підприємець знаходиться в певних межах. Її вибір визначається не лише естетичними уподобаннями, моральними переконаннями підприємця або економічною доцільністю. Вибір чітко регламентується нормами конкурентного законодавства і права інтелектуальної власності.

ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ: ДОСВІД УКРАЇНИ У СВІТОВОМУ КОНТЕКСТІ

Круглий стіл RT2

RT2/1 АКТУАЛЬНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ПРОВЕДЕНИЯ БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ ЧЕЛОВЕКА: ОПЫТ УКРАИНЫ В ЕВРОПЕЙСКОМ КОНТЕКСТЕ

Р.Ю.Гревцова

*Украинская медико-правовая ассоциация,
Киев, Украина*

Центральное место среди биомедицинских исследований (БМИ) занимают БМИ с участием человека. Этико-правовые основы проведения таких исследований в Украине заложены международными документами (Хельсинской декларацией ВМА (1964), Конвенцией о правах человека и биомедицине (1997), Международным руководством по проведению биомедицинских исследований с вовлечением человека (2002), Модельным законом о защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ (2005), а также актами украинского законодательства (ГК Украины (2003), Законом Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении» (1992), Законом Украины «О лекарственных средствах» (1996), рядом иных законов и подзаконных актов).

Как следует из указанных выше документов, к БМИ с участием человека следует отнести: клинические испытания лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники; экспериментальное применение методов медицинского вмешательства; эксперименты с анатомическим материалом человека.

В целях гармонизации с международными правилами проведения клинических испытаний лекарственных средств 23 сентября 2009 г. Министерством здравоохранения Украины принят приказ № 690, которым установлен

новый порядок проведения таких испытаний и утверждено Типовое положение о комиссии по вопросам этики.

Требует надлежащего правового урегулирования применение новых методов медицинского вмешательства, проводимое в экспериментальных целях. Статья 45 Закона Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении» («Основы») предусматривает общие условия проведения медико-биологических экспериментов на людях, однако не определяет самого понятия медико-биологического эксперимента. Статья 44 Основ устанавливает, что новые методы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, которые находятся на рассмотрении в установленном порядке, но не допущены до общего применения, могут использоваться в интересах лечения человека после получения его письменного согласия. Вместе с тем, законодательство не предусматривает порядка рассмотрения таких методов медицинского вмешательства.

В Украине действует Закон «О запрете репродуктивного клонирования человека» (2004), «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку» (1999), однако они требуют усовершенствования. Позитивным моментом является определение особенностей исследований с использованием стволовых клеток человека в приказе МОЗ Украины № 630 от 10 октября 2007 г., устанавливающим порядок проведения клинических испытаний тканевых и клеточных трансплантатов.

Серьезной проблемой является защита персональных данных, используемых в связи с проведением БМИ. 1 июня 2010 г. в Украине принят Закон «О защите персональных данных», который передан на подписание Президенту Украины. В профильном комитете Верховной Рады Украины рассматривается проект Зако-

на о ратификации Конвенции Совета Европы о защите лиц в связи с автоматизированной обработкой персональных данных (1981) и Дополнительного протокола к ней (2001).

RT2/2 ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ

Т.В.Талаєва, О.В.Сілантьєва

*Центральна комісія з питань етики МОЗ
України
Київ, Україна*

При проведенні клінічних випробувань лікарських засобів постають дві проблеми, перша з них – отримання достовірних результатів, а друга – дотримання прав та безпеки людини. При цьому, це положення є обов’язковою частиною системи проведення випробувань відповідно до міжнародних стандартів, а здійснення ж контролю за дотриманням етичних та морально-правових принципів є основною задачею етичних комісій. Однак поряд з етичними принципами варто керуватись нормами юридичними, які регулюють відносини у правовому полі.

Відомо, що принцип необхідності попереднього розгляду матеріалів клінічних випробувань лікарських засобів незалежним комітетом перед їх початком вперше запроваджено Гельсінською декларацією, а Директивою 2001/20/ЕС Європейського Парламенту та Ради від 04 квітня 2001 року уточнено необхідність єдиної думки країни в схваленні ініціювання клінічних випробувань. Одночасно, Закон України «Про лікарські засоби» не відповідає цим положенням: «Клінічні випробування лікарських засобів проводяться після обов’язкової оцінки етичних та морально-правових аспектів програми клінічних випробувань комісіями з питань етики, які утворюються і діють при лікувально-профілактичних закладах...», що не може забезпечити єдиного схвалення випробувань в Україні, суперечить міжнародним рекомендаціям, може бути затримкою дозволу на проведення випробувань.

Після початку клінічного випробування лікарського засобу необхідно забезпечити постійний моніторинг дотримання етичних принципів при їх проведенні: «Перед початком дослідження протокол повинен бути направлений для розгляду, коментарів, рекомендацій та схвалення в комітет з етики.... У комітеті повинно бути право здійснювати моніторинг досліджень, що тривають...» (пункт 15 Гельсінській декларації), що повинно бути

відображене в законодавстві.

Загалом, при аналізі нормативно-правових актів України виникають питання стосовно правомірності проведення клінічних випробувань лікарських засобів за участю дітей, недієздатних, осіб в критичних та невідкладних станах, оскільки в одних нормативно-правових актах участь таких суб’єктів заборонена (Цивільний, Кримінальний кодекси, «Основи законодавства України про охорону здоров’я»), а в інших – чітко прописана можливість залучення до подібних випробувань (Закон України «Про лікарські засоби», Наказ МОЗ України від 23.09.10 р. № 690).

Вимагає законодавчого врегулювання страхування суб’єктів досліджень як не обов’язковий вид страхування, але обов’язкова умова проведення клінічних досліджень лікарських засобів.

Отже, для підвищення забезпечення надійності та безпечності процедури проведення клінічних досліджень лікарських засобів та забезпечення захисту досліджуваних (пацієнтів та здорових добровольців), їх прав та інтересів потребує гармонізації законодавча та нормативно-правова база України, що виступає своєрідним механізмом захисту всіх учасників цього процесу.

RT2/6 ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЦЕБО – ЕТИКО- ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

З.С.Черненко(Скалецька)

*Національний університет «Києво-
Могилянська академія»,
Україна, Київ*

Використання плацебо як методу лікування та як методу, що застосовується при проведенні клінічних досліджень потребує досліджень в етико-правовому аспекті. Застосування плацебо є морально неприйнятним при проведенні випробувань, якщо існує ризик значної шкоди при відсутності лікування.

Ефект плацебо вважається психобіологічним феноменом, який може бути зумовлений різноманітними механізмами включаючи очікування доброго клінічного результату. Дослідження плацебо підкреслює нестійкість людської свідомості і в чомусь небезпечну тенденцію піддаватись маніпулюванню не тільки з позитивним (плацебо), але і негативним (ноцебо) ефектом, який залежить від індивідуальних психологічних особливостей, відносин та існуючого психосоціального середовища.

Плацебо характеризується таємничим ефектом, що не підлягає поясненню. Однак

його застосування в медицині, враховуючи принципи верховенства права та прав людини, потребує ґрунтовного дослідження. Плацебо досі має лікувальний ефект, оскільки існують пацієнти, що ви здоровіли після застосування «цукрових таблеток» замість активних препаратів.

RT2/7 ПРОБЛЕМИ СПІВВІДНОШЕННЯ ПОТРЕБ ПАЦІЄНТІВ ТА ІНТЕРЕСІВ БІЗНЕСУ ПРИ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

І.О.Власенко

*Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
Українська діабетична федерація, Київ, Україна*

Під час проведення клінічних досліджень може виникнути конфлікт інтересів пацієнтів (здорових добровольців) і замовників: фармацевтичних компаній, спонсорів, дослідників, дослідницьких організацій,. Безперечно, здоров’я людини є найвищою цінністю і інтереси пацієнтів мають бути передусім. Тому, необхідно забезпечити відкритий та прозорий контроль громадськості при проведенні клінічних досліджень. Інформація щодо їх мети, сценарію та результатів має бути викладена максимально доступною мовою для всіх учасників. В інтересах фармацевтичних компаній налагодити такі взаємини з науковцями, дослідниками, страховими організаціями та пацієнтами, які гарантують якість, достовірність досліджень та безпеку як пацієнтів, так і медичних працівників.

Проаналізовано досвід проведення клінічних досліджень в країнах Євросоюзу та можливість адаптування їх в сучасних умовах України.

Доцільно впроваджувати курс біоетичних аспектів клінічних досліджень в програму додипломної та післядипломної освіти лікарів та провізорів.

RT2/8 ЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПАЦІЄНТА (ДОБРОВОЛЬЦЯ В КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАННЯХ)

О.Г.Рогова

*Харківська медична академія післядипломної
освіти, Харків, Україна*

За останні десятиріччя прогрес медичної науки не тільки дозволив зробити контрольованими захворювання, які донедавна вважалися

невеликовними, а й розширити коло різних вікових та соціальних груп пацієнтів, які змогли отримати якісну та ефективну медичну допомогу. Водночас численні перемоги новітніх медичних та фармацевтичних технологій – ані всі разом, ані кожна з них окремо – не в змозі поставити під сумнів вразливість, незахищеність та унікальність кожної людської істоти. Необхідність проведення широкомасштабних досліджень нових лікарських засобів (далі – ЛЗ), які втілюють найкращі досягнення фармакотерапії, вимагає залучення добровольців – осіб, які свідоми, за власним вибором піддають своє життя та здоров’я певному ризику для дослідження очікуваного від застосування ЛЗ ефекту.

Основні етичні та правові принципи, що визначають порядок проведення клінічних досліджень, були сформульовані в Хельсінській декларації Всесвітньої асоціації лікарів, прийнятої 18-й Генеральною асамблеєю Всесвітньої асоціації лікарів у червні 1964 р. Зокрема, біомедичні дослідження за участю людей повинні відповідати загальноприйнятим науковим принципам і ґрунтуватися на адекватно проведених лабораторних дослідженнях і експериментах на тваринах, а також базуватися на достатньому знанні наукової літератури.

Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики від 23.09.2009 р. № 690 (зареєстр. в Мін’юсті України 29 жовтня 2009 р. за № 1010/17026) визначає основоположний принцип клінічних випробувань ЛЗ: забезпечення захисту прав, безпеки та благополуччя досліджуваних та переважання очікуваної користі над ризиком. Необхідною умовою залучення до випробування добровольців є забезпечення конфіденційності документів, що дозволяють установити особистість досліджуваного. Особи, винні у розголошенні інформації щодо особистості досліджуваного, несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства.

Загальні етико-правові вимоги щодо захисту інформації про пацієнта (добровольця в клінічних випробуваннях) включають: вимоги щодо права досліджуваного на фізичне і психічне благополуччя, таємницю особистого життя і захист персональних даних; обов’язкове повне інформування досліджуваного та добровільність участі у дослідженні («інформована згода»). У письмовій та усній інформації, що надається пацієнту (добровольцю), обов’язково роз’яснюються його права та обов’язки; незручності для досліджуваного, а також очікуваний ризик та очікувана користь тощо.

RT2/9
РОЛЬ ОРГАНІЗАЦІЙ ПАЦІЄНТІВ У
ВИРІШЕННІ ЕТИЧНИХ ТА ПРАВОВИХ
ПРОБЛЕМ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

В.Д.Очеретенко

Спілка громадських організацій
«Всеукраїнська асоціація захисту прав
пацієнтів «Здоров'я нації»
Київ, Україна

Зростаючий вплив потенціалу пацієнтських
організацій та їх вкладу до наукових досліджень
у Європі стали об'єктом обговорення Європей-
ського Форуму Якісної Медичної Допомоги
(EFUCP) на початку 2010 року у Брюсселі.

Спілка захисту прав пацієнтів робить поміт-
ні кроки:

- для поширення новітніх медичних техно-
логій, «know-how»;
- для гарантії безпечного використання су-
часних лікарських засобів;
- для заохочення громадян до участі у клі-
нічних випробуваннях;
- для захисту прав пацієнтів підчас прове-
дження клінічних випробувань.

Перспективний розвиток соціального парт-
нерства в галузі охорони здоров'я та просвіта
пересічного населення становлять нагальні за-
вдання сьогодення.

СПИСОК УЧАСНИКІВ
ЗАРЕЄСТРОВАНИХ НА 1 ВЕРЕСНЯ 2010

Учасники з України

Адаменко Сергій Олександрович

ТОВ «КРОМІСМАР»
Харків
Україна
пров.Повзунова 3/5,кв. 14
057 7026376
057 7026377
sadamenko@yahoo.com

Андрейчук Ніна Миколаївна

Міжнародний благодійний фонд «Дар
життя»
Кріменець
Україна
вул. Ліцейна, 12/5
(0354) 2-35-11
krem.giftoflife@gmail.com

Андрусишина Ірина Миколаївна

Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-41-88
044 289 66 77
irina_andrei@voliacable.com

Андрушко Володимир Тимофійович

Національний лісотехнічний
університет України
79010
Львів
Україна
вул. Наукова, 19 кв., 115
0322649330
vetacademv@hotmail.com

Анісімова Людмила Володимирівна

Комітет медичної спілки ДУ «ІСАМНУ»
65000
Одеса
Україна
Рішельєвська, 11
+380 (48) 728-24-87
+380 (482) 34-81-68
denga@optima.com.ua

Антипкін Юрій Геннадійович

Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
02660
Київ

Україна

Мануїльського,8
4838067
4838026
ipag@ukr.net

Апихтіна Олена Леонідівна

Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-51-85
ol_apyht@rambler.ru

Аряєв Микола Леонідович

Одеський державний медичний
університет
65026
Одеса
Україна
Валіховський пров.,2
+380(482)2238333
aryayev@mail.ru

Бабанін А. А.

Кримський державний медичний
університет
95006
Сімферополь
Україна
бульвар Леніна, 5/7
(0652) 294-879
sudmed@csmu.strace.net

Базика Дмитро Анатолійович

Науковий центр радіаційної медицини
НАМН України
04050
Київ
Україна
Мельникова, 53
+380-44-451-8294
bazyka@yahoo.com

Баран Лідія

Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
Львів
Україна
вул. Пекарська, 69
0979864849
lidyska91@mail.ru

Батенко Геннадій

Українська Православна Церква
01015
Київ
Україна
Івана Мазепи, 25, корпус 70-а
+38 067 507 80 72
Gennadij_org@mail.ru

Бачинський Петро Петрович

Дніпропетровський національний
університет
49005
Дніпропетровськ
Україна
пр. Гагаріна, 24, 21
+380 (562) 46-46-93
tcignadze@mail.ru

Белюга Олександр

Інститут біоорганічної хімії та
нафтохімії НАН України
02660
Київ
Україна
Мурманська, 1
38 044 5732557
belyuga@bpci.kiev.ua

Березенко Валентина Сергіївна

Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
Київ
Україна
Мануїльського, 8
4838067
4838026
ipag@ukr.net

Белов Володимир Михайлович

Міжнародний науково-навчальний
центр інформаційних технологій та
систем НАН та МОН України
03680
Київ
Україна
Пр-т академіка Глушкова, 40
+380 (44) 503-95-65
044 5261570
dep150@ukr.net

Біловицький Олег Всеволодович

Кримський державний медичний

університет
95006
Сімферополь
Україна
бульвар Леніна, 5/7
+380 (652) 29-48-79
sudmed@csmu.strace.net

Блюм Ярослав Борисович
Інститут харчової біотехнології та
геноміки НАН України
04123
Київ
Україна
Осиповського, 2а
434-3777
cellbio@cellbio.freenet.viaduk.net

Бойко Ігор Євгенович
Український Католицький Університет
79070
Львів
Україна
Свенціцького, 17
+380 (32) 240-99-40
+380 (32) 240-99-50
ihor.boyko@yahoo.it

Бойченко Тетяна Євгенівна
Державний вищий навчальний заклад
«Університет менеджменту освіти»
НАПН України
04053
Київ
Україна
Артема, 52А
481-38-04; 050-344-344-2
t_boych@ukr.net

Болокадзе Євгенія Олександрівна
Харківський національний медичний
університет
Харків
Україна
пр.Лєніна, 4
0662806391
lbolokadze@yandex.ru

Бондаренко Олег Борисович
Харківське обласне товариство
захисту тварин
61015
Харків
Україна
Підлісна,30А
+38 (057) 75-65-000; 067-771-5662
o-bond009@mail.ru

Боцюрко Володимир Іванович
Івано-Франківський державний
медичний університет
76000
Івано-Франківськ
Україна
Галицька,2
0342 528074
0342 528124
endo_if@ukr.net

Бошицький Юрій Ладиславович
Київський університет права НАН
України
Київ

Україна
вул. Акад. Доброхотова, 7-а
+ 380 44 409 26 43
+ 380 44 423 90 87
rector@kul.kiev.ua

Брацонь Леся Петрівна
Міністерство охорони здоров'я
України
Київ
Україна
вул. Грушевського, 7
lesyabratsyun@gmail.com

Вакуленко Галина Олексіївна
Національний медичний університет
ім.О.О.Богомольця
01004

Київ
Україна
Верховинна, 69
(044) 4504176
kuzhel.i@gmail.com

Варивончик Денис Віталійович
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-17-07
+380 (44) 289-66-77
erzas70@i.com.ua

**Васильківський Борис
Миколайович**
НаУ КМА
04119
Київ
Україна
Київ-119, а\с 51
067 710 06 86
vasylkivskyi@ukr.net

Васін Максим Сергійович
Громадська організація «Інститут
релігійної свободи»
Київ
Україна
а/с 471-В
050-472-0933
(044) 572-8712
irf.info@gmail.com

Веселовська Зоя Федорівна
Київський міський офтальмологічний
центр, КМКЛ №1
Київ
Україна
Харківське шосе, 121
(044) 560-89-92, (067) 465 81 02
(044) 562 50 97
zveselovskaya@yahoo.com

Вигнан Тамара Львівна
Львівська обласна клінічна лікарня
Львів
Україна
вул. Левицького, 566 кв.1
0955920990

Винарська Олена Іванівна
Інститут гігієни та медичної екології

НАМН України
02660
Київ
Україна
Попудренка, 50
+380 (44) 559-14-63
+380 (44) 559-90-90
nik@usch.kiev.ua

Вітте Петро Миколайович
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 536-11-53
+380 (44) 289-66-77
PetroVITTE@aol.com

Вовк Іраїда Борисівна
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
04050
Київ
Україна
Мануїльського,8
4838067
4838026
ipag@ukr.net

Воєйкова Ірина Михайлівна
Інститут експериментальної патології,
онкології і радіобіології ім. Р.Є.
Кавецького НАН України
Києв
Україна
вул Васильківська, 45
257-90-54
258-16-56
nauka@onconet.kiev.ua

Вознюк Ольга
Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
79010
Львів
Україна
вул. Пекарська, 69
0979864849
lidyska91@mail.ru

Воліна Вікторія Василівна
Інститут проблем кріобіології і
кріомедицини НАН України
Харків
Україна
вул. Переяслівська, 23
+38 (057) 373-59-53
cryo@online.kharkov.ua

Волосовець Олександр Петрович
Міністерство охорони здоров'я
України
01001
Київ
Україна
Грушевського, 7
2531183
volos@moz.gov.ua

Волошина Євгенія Іванівна
КЗ «Херсонська міська клінічна
лікарня»

73000
Херсон
Україна
пр. Ушакова, 22/1
(0552) 26-37-62
seaclinic@ukr.net

Воробей Тетяна Ростиславівна
Поліклініка сімейного лікаря
«Русанівка»
Київ
Україна
Ентузіастів, буд.49
(044) 295 39 49
psl_rusanivka_golovna@ukr.net

Галак Світлана Євгенівна
Спеціалізована школа № 197 ім. Дм.
Луценка
Київ
Україна
вул. Якуба Коласа, 12, кв. 37
067-985-10-43
sgalak@mail.ru

Гардашук Тетяна Василівна
Інститут філософії ім.Г.С.Сковороди
НАН України
03040
Київ
Україна
Трьохсвятительська, 4
044-2788147; 044-2578076
044-278366
Gardashuk@voliacable.com

Гнатко Олена Петрівна
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця
Київ
Україна
вул. П. Запорожця, 26
(044) 5129318
E_Gnatko@ukr.net

Гоженко Анатолій Іванович
Український НДІ медицини транспорту
65039
Одеса
Україна
Канатна, 92
(048) 722-53-64
(048) 728-14-52
medtrans2@rambler.ru

Гозак Світлана Вікторівна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02049
Київ
Україна
Попудренка, 50
559-14-90
svitlana_gozak@bigmir.net

Голуб Інна Олександрівна
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
044 289 41 88
044 289 66 77

Гольцев Анатолій Миколайович
Інститут проблем кріобіології і
кріомедицини НАН України
61015
Харків
Україна
Переяславська, 23
+380 (57) 373-30-39
cryo@online.kharkov.ua

Гончар Катерина Миколаївна
Міжнародний Соломонів
університет/ Міжнародна організація
психологічної допомоги особам з
досвідом занедбаності, насилля
та прокреаційних втрат NEST (New
Experience for Survivors of Trauma)
Київ
Україна
Шолудкнка, 16
+38 044 236 61 16, +38 096 317 06 95
k_gonchar@ukr.net

Горбачова Клара Костянтинівна
Науково-дослідний центр «Державний
океанаріум»
Севастополь
Україна
Епронівська, 7
(0692)231507
(0692)242309
therapy@oceanarium.org.ua

Гордієнко Олена Василівна
НМАПО ім. П.Л.Шупика
04112
Київ
Україна
Волкова, 4, кв.29
518-43-60 м.098-88-17-815
sobor_elena@meta.ua

Горін Микола Олександрович
Харківський національний аграрний
університет ім. В.В. Докучаєва
62483
Харківський р-н
Україна
п/в Комуніст-1, ХНАУ ім.
В.В. Докучаєва, IV-228, каф.
грунтознавства;
99-79-90
99-79-60
admin@agrouniver.kharkov.com

Горностаєва Наталія Юрївна
Одеський державний медичний
університет
65082
Одеса
Україна

**Горпинчук В'ячеслав
Володимирович**
Українська Лютеранська Церква
Київ
Україна
вул.О.Гончара 41а,кв.3
(044)234-08-04, 0679142387
vhorpynchuk@hotmail.com

Гревцова Радміла Юрївна
Українська медико-правова асоціація,

Академія адвокатури України
Київ
Україна
бульвар Шевченка, 27
(044) 288-0529
(044) 246-5788
radmila.hrevtsova@gmail.com

Григоренко В'ячеслав Миколайович
ДУ «Інститут Урології» НАМН України
04053
Київ
Україна
Ю.Коцюбинського, 9а
044 4241329
044 4242128
grygorenkosl@gala.net

Григоренко Людмила Євгенівна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02660
Київ
Україна
Попудренка, 50
+380 (44) 559-14-63
+380 (44) 559-90-90
lgrig@ukr.net

Гриценко Валентин Іванович
Інститут проблем кріобіології і
кріомедицини НАН України
61015
Харків
Україна
Переяславська, 23
+38 (057) 373-41-43
cryo@online.kharkov.ua

Гродзинський Дмитро Михайлович
Інститут клітинної біології та генетичної
інженерії НАН України
Київ-143
Україна
вул. Академика Заболотного, 148
2576167
2581050
dmgrod@ukrpack.net

Губар Інна Володимирівна
ДУ «Медицини праці НАМН України»
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
044-289-51-85
ginna5@ukr.net

Губський Юрій Іванович
Інститут паліативної та хоспісної
медицини МОЗ України
01010
Київ
Україна
Інженерний пров., 4
044-254-38-10;
jurganic@ipnet.kiev.ua

Гур'янов Борис Михайлович
ДУ «Науково-практичний
центр ендоваскулярної
нейрорентгенохірургії НАМН України»
04050

Київ
Україна
Мануїльського, 32, корп. 5, а/с 148
(044) 483-32-17
(044) 483-34-07
prcprh@i.ua

Гуртова Інґа Віталіївна
Харківський національний
аерокосмічний університет ім.
Жуковського «ХАІ»; (Медичний Центр
Надії Бурмаки).
Черкаси
Україна
вул. Різдвяна,57/1 кв.22
(067) 304-63-28
Gurtovayainna@mail.ru

Гусак Леся Олексіївна
ЛОГО Товариство «Рух за життя»;
«Школа сім'ї»
Львів
Україна
вул. Широка, 79 а
(032) 241 86 86
guvale19@yahoo.com

Гусак Петро Романович
Український Католицький Університет
Львів
Україна
вул. І. Свенціцького, 17
(032) 240 94 98
husak@ucu.edu.ua

Гусліцер Лев Наумович
Інститут експериментальної патології,
онкології та радіобіології
03022
Київ
Україна
вул.Шолом-Алейхе́ма, 13а, кв.68
519-47-46

Давидова Юлія Володимирівна
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
Київ
Україна
Платона Майбороди, буд.8
4838067
4838026
ipag@ukr.net

Дахно Федір Власович
Інститут репродуктивної медицини
04107
Київ
Україна
Багговутівська, 1
+38(044) 232-36-84; +380 (44) 483-
02-22
dakhno@irm.kiev.ua

Демедюк Ольга Іванівна
КЗ «Херсонська міська клінічна
лікарня»
73000
Херсон
Україна
пр. Ушакова, 22/1
(0552) 49-12-14
odemedyuk@gmail.com

Демецька Олександра Віталіївна
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-43-66
dalexandra@ukr.net

Демченко Вадим
Костянтинович
Вищий адміністративний суд України
01010
Україна
Київ
Московська, 8, корп. 5

Десятська Юлія Володимирівна
Одеський державний медичний
університет
Одеса
Україна

Децик Орина Зенонівна
Івано-Франківський державний
медичний університет
76018
Івано-Франківськ
Україна
вул. Галицка, 2
050-373-33-09
0342-527-111
oryna_detsyk@mail.ru

Джура Ольга Романівна
Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
Львів
Україна
вул..Пекарська, 69
278-64-44
olga_d11@ukr.net

Джурінська Світлана Миколаївна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
Київ
Україна
Попудренка, 50
559-34-44
559-90-90
lgrig@ukr.net

Дмитрієва Лариса Іванівна
Одеський державний медичний
університет
Одеса
Україна

Дмитруха Наталія Миколаївна
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-51-85
dmytrukha@ukr.net

Добреля Наталія Володимирівна
Інститут фармакології і токсикології
НАМН України
03057

Київ
Україна
Е.Потьє, 14
+380 (44) 436-02-88
+380 (44) 536-13-41
natalia_d@ukr.net
Доброєр Олександр
Європейський інститут соціальних
комунікацій
Одеса
Україна
вул. Успенська, 51/14
+ 38 096 5747688
dobroyer@mail.ru

Добрянська Оксана Вікторівна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02660
Київ
Україна
Попудренка, 50
+380 (44) 559-50-27
+380 (44) 559-90-90
berdnik@health.gov.ua

Доценко Ігор Володимирович
Громадська організація «Комітет
біологічної безпеки»
Одеса
Україна
вул. Церковна 19, к. 301,302
(067) 486-79-64
(048) 734-23-30
bio-bezpeka@ukr.net

Дубровіна Катерина Олександрівна
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця
Київ
Україна
просп. Перемоги, 34
099 31-31-060
ekaterina_d@i.ua

Думанський Юрій Васильович
Донецький державний медичний
університет
83003
Донецьк
Україна
Пр-т Ілліча, 16
(0622) 95-53-41
385-95-00
dumanskiy@interdon.net

Дупленко Юрій Костянтинович
Національний університет «Києво-
Могилянська академія»
04070
Київ
Україна
Сковороди, 2
+380 (44) 425-60-57
duk@ukma.kiev.ua

Дюбко Тетяна Станіславівна
Інститут проблем кріобіології і
кріомедицини НАН України
61015
Харків
Україна
Переяславська, 23, к.107

+380 (57)759-79-39
+380 (57) 373-30-84
tdyubko@mail.ru

Дяченко Віра Юріївна
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця
01004
Київ
Україна
пр. Перемоги, 34
+380 (44) 454-49-43
nebesnat@gmail.com

Дьоміна Емілія Анатоліївна
Інститут експериментальної патології,
онкології і радіобіології ім. Р.Є.
Кавецького НАН України
03022
Київ
Україна
Васильківська, 45
067-402-55-78
edjomina@ukr.net

Євтодюк Антоніна Володимирівна
Луцький національний технічний
університет
43024
Луцьк
Україна
Глієра,4 б
067 64 888 22
e-antonina@yandex.ru

Єгоренков Анатолій Іванович
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця
01004
Київ
Україна
вул.Полярна, 3, кв.297
063-183-11-65
+380 (44) 430-77-47
altaikiev@mail.ru

Жирська Галина Ярославівна
Тернопільський національний
педагогічний університет ім.
Володимира Гнатюка
46027
Тернопіль
Україна
Лучаківського, 11, кв. 2
0352-54-28-82, 067-352-10-83
Zhyska@rambler.ru

Жму́ро Олексій Валентинович
ТОВ «Парексел Україна»
03148
Київ
Україна
ул. Героев Космоса. 4
+380 (44) 490-74-54 (внутр. 110)
Alekssei.Zhmuro@parexel.com

Жуковський Василь Миколайович
Національний університет «Острозька
академія»
35800
Острог Рівненської області
Україна
Семінарська, 2

(03654) 2-29-49
vmzhukov52@mail.ru

Заболотний Дмитро Ілліч
Інститут отоларингології НАМН України
03057
Київ
Україна
Зоологічна,3
+38044 4832202
+38044 4837368
ioamn@i.kiev.ua

Задорожна Вікторія Іванівна
Центр імунобіологічних препаратів
МОЗ України
03038
Київ-38
Україна
Миколи Амосова, 5
(044) 275-07-02
viz2010@ukr.net

Запорожан Валерій Миколайович
Одеський державний медичний
університет
65082
Одеса
Україна
Валіховський пров., 2
+380 (48) 717-89-25
+380 (48) 723-83-33
rektor@odmu.edu.ua

Захараш Михайло Петрович
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця
Київ
Україна
б-р Шевченка, 17
067-244-00-57
044) 235-52-89
mzakharash@yandex.ru

Зелінський Андрій Миколайович
Хмельницька обласна державна
інспекція з контролю якості лікарських
засобів
29016
Хмельницький
Україна
Львівське шосе, 12
0382 723213; 067 4309547
brave.yzarg@gmail.com

Зербіно Дмитро Деонисович
Інститут клінічної патології, Львівський
національний медичний університет
ім. Данила Галицького
Львів
Україна
Пекарська, 52
(032)275-75-60
zerbino@meduniv.lviv.ua

Зільберблат Геннадій Михайлович
Комунальний заклад Київської
обласної ради «Обласне психіатрично-
наркологічне медичне об'єднання»
08631
Васильківський район
Україна
смт.Глеваха, вул.Вокзальна, 8

(271)3-19-03
glevakha@gmail.com

Зінкович Ігор Іванович
Донецький державний медичний
університет
83003
Донецьк
Україна
Пр-т Ілліча, 16
+380 (622) 95-10-77
+380 (622) 97-10-74
igor.zinkovych@dsmu.edu.ua

Знаменська Тетяна
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
Україна
znamenskia@mail.ru

Зукін Валерій Дмитрович
Клініка репродуктивної медицини
«Надія»
252135
Київ
Україна
Андріївський узвіз, 28 а
044 537 75 98
044 537 75 99
v.zukin@inf.com.ua

Зупанець Ігор Альбертович
Національна фармацевтична академія
України
61002
Харків
Україна
Пушкінська, 27
057-706-30-76
057-706-30-72
igorzupanets@mail.ru

Іваниця Володимир Олексійович
Одеський національний університет ім.
І. І. Мечникова
Одеса
Україна
Дворянська, 2
+38 048 731 71 51
v_ivanit@ukr.net

Іванов Геннадій Васильович
Інститут патології хребта та суглобів
ім.М.І.Ситенка НАМН України
61204
Харків
Україна
Пушкінська, 80
(057)704-14-76
(057)700-11-27
ivanovjenia@mail.ru

Іолкін Ярослав Олегович
Науково-дослідний інститут
інтелектуальної власності АПН України
03680
Київ
Україна
вул.Боженка,11, к.4
050 -331-7124
044-2000876
iolkin@ukr.net

Іщенко Катерина Володимирівна
Київська міська клінічна лікарня №1
02091
Київ
Україна
Харківське шосе, 121
5646648
5604891
kat.ishch@rambler.ru

Іщенко Юрій Анатолійович
Центр гуманітарної освіти НАН України
01001
Київ
Україна
вул.Трьохсвятительська, 4
278-63-76
ish-yurij@yandex.ru

Карабелеш Євген Євгенович
КЗ «Херсонська міська клінічна
лікарня»
73000
Херсон
Україна
пр. Ушакова, 22/1
0552 263762
seaclinic@ukr.net

Кашинцева Оксана Юрївна
Київський університет права НАН
України
Київ
Україна
Доброхотова, 7-А
+ 380 50 382 92 84
+ 380 44 452 28 64
kashyntseva@ukr.net

Каштелян Олег Аркадійович
Поліклініка сімейного лікаря
«Русанівка»
Київ
Україна
вул.Ентузіастів, 49
(044) 295 39 49
psl_rusanivka_golovna@ukr.net

Квашенко Валентина Павлівна
Донецький національний медичний
університет ім.М.Горького
83000
Донецьк
Україна
пр.Ілліча, 16
258-42-16
305-69-79
chayka@dsmu.edu.ua

Кисельов Микола Миколайович
Інститут філософії ім.Г.С.Сковороди
НАН України
01001
Київ
Україна
Трьохсвятительська, 4, каб. 408
+380 (44) 278-81-47
+380 (44) 278-63-66
if-ukr@i.kiev.ua

Кисіль Надія Павлівна
Українська дитяча спеціалізована
лікарня «ОХМАТДИТ»

01135
Київ
Україна
В. Чорновола, 28/1
050-3125718
osilantieva@ukr.net

Кисіль Олена Олександрівна
Інститут біохімії ім.О.В.Палладіна НАН
України
Київ
Україна
вул. Леонтовича, 9
+(380-50) 3823713
+(380-44)2796365
lklk@univ.kiev.ua

Коваленко Валентина Миколаївна
Інститут фармакології і токсикології
НАМН України
03680
Київ
Україна
Ежена Потье, 14
044 456 83 90
kovalenko_toxy@ yahoo.com

Коваленко Наталія Валентинівна
Київська медична академія
післядипломної освіти
04112
Київ
Україна
Дорогожицька,9
+380 (44) 205-49-87
k-gum2@nmapo.edu.ua

Коваленко Оксана Павлівна
ТОВ «КРОМІСМАР»
Харків
Україна
пров.Повзунова, 3/5, кв.14
057-7026376
057-7026377
okovalenko@esmar.com.ua

Коваленко Олена Іванівна
Міжнародний благодійний фонд «Дар
життя»
99011
Севастопіль
Україна
вул. Гоголя 8, кв.2
(0692) 45-60-87, (093) 141-58-82
(0692) 45-60-87
sevastopol.giftoflife@gmail.com

Ковтун Людмила Іванівна
Державний фармакологічний центр
МОЗ України
03065
Київ
Україна
Ушинського, 40
498-43-51
498-43-29
kovtun@pharma-center.kiev.ua

Комісаренко Сергій Васильович
Інститут біохімії ім.О.В.Палладіна НАН
України
01030
Київ

Україна
Леонтовича,9
+380(44)2345974
+380(44)2796365
svk@biochem.kiev.ua

Компанієць Антоніна Михайлівна
Інститут проблем кріобіології і
кріомедицини НАН України
61015
Харків
Україна
Переяславська, 23
+38 (057) 373-30-07
cryo@online.kharkov.ua

Корзун Віталій Наумович
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02090
Київ
Україна
Попудренка,50
+380(44)5136020; 0677693198
+380(44)5599090
retrenok@ukr.net

Корнацький Василь Михайлович
Центральна етична комісія МОЗ
України
03680
Київ
Україна
Народного Ополчення, 5
275-76-77, 275-04-44
+380 (44) 503-76-51
secretary@ethicscommission.org.ua

Коробейніков Георгій Валерійович
Національний університет фізичного
виховання і спорту України
03680
Київ
Україна
Фізкультури, 1
044-287-64-16
044-287-61-91
george.65@mail.ru

**Коробчанський Володимир
Олексійович**
Харківський національний медичний
університет
Харків
Україна
пр. Леніна, 4
066 748 2620
korobchanskiy@ukr.net

Коршун Михайло Миколайович
Комітет з питань гігієнічного
регламентування МОЗ України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
nemtseva@uhrc.gov.ua

Косова Юлія Вікторівна
Харківський національний економічний
університет
61001
Харків

Україна
пр.Леніна-9а
+3057 758 77 02
+3057 707 07 17
yulia.kosova@gmail.com

Костенко Андрій Анатолійович
Інститут хірургії і трансплантології
НАМН України
03180
Київ
Україна
Героїв Севастополя,30
+380(44)4086000
surgery@i.com.ua

Костицький Василь Васильович
Кабінет Міністрів України
04053
Київ
Україна
Артема, 73
044 4861799
v.kostytsky@yahoo.com

Кравченко Віктор Іванович
Інститут ендокринології та обміну
речовин ім. В.П.Комісаренко НАМН
України
04114
Київ
Україна
Вишгородська, 69
+380 (44) 431-02-22
+380 (44) 430-36-94
endocrinolog@ukr.net

Красиленко Дмитро Миколайович
Київська міська онкологічна лікарня
Київ
Україна
вул.Верховинна,69
4507567

Кривопустов Олександр Сергійович
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця
Київ
Україна
вул. П. Запорожця, 26
(066) 5199874
kryvopustov@gmail.com

Кришталь Галина Володимирівна
Український Католицький Університет
79011
Львів
Україна
Свенціцького, 17
(32)240-94-98
(32)240-99-50
kryshstal@ucu.edu.ua

Крушинська Лариса Анатоліївна
Інститут електрозварювання ім.
Є.О.Патона НАН Україны
01033
Київ
Україна
Горького, 68
044 271 22 75
044 529 38 55

Кужель Інна Романівна
Київська міська онкологічна лікарня
Київ
Україна
Верховинна, 69
044 422-60-32; 0985000215
kuzhel.i@gmail.com

Кузьмінський Олексій Олексійович
КРУ «Бюро судово-медичної
експертизи»
Сімферополь
Україна
Р. Люксембург, 27

Кулагін Валерій Володимирович
Науково-дослідний центр «Державний
Океанаріум»
Севастополь
Україна
Епронівська, 7

Кулініченко Валентин Леонідович
Київська медична академія
післядипломної освіти
04112
Київ
Україна
Дорогожицька, 9
+380 (44) 205-49-87
vsv@ln.ua

Кундієв Юрій Ілліч
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380-44-284-34-27
+380-44-289-66-77
yik@nanu.kiev.ua

Кучерук Тетяна Кузьмівна
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського,75
2894366
dalexandra@ukr.net

Кучма Ганна Олександрівна
Міжнародний благодійний фонд «Дар
життя»
Київ
Україна
ул. Ветрова 7, кв.1
044)235-10-98, 0672913300
Rb.giftoflife@gmail.com

Кучма Наталія Олександрівна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02049
Київ
Україна
Попудренка, 50
559- 14-90
school@health.gov.ua

Ластовченко Вікторія Борисівна
Інститут медицини праці НАМН України
01033

Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-00-96
getver@rambler.ru

Левицький Анатолій Павлович
Комітет медичної спілки ДУ «ІСАНУ»
Одеса
Україна
Рішельєвська, 11
(048)7282461
denga@optima.com.ua

Лейпер Керрі
Міжнародний благодійний фонд «Дар
життя»
Тернопіль
Україна
Яремчука, 6
(0352) 537965
nklaper@yahoo.com

Лейпер Ніколас
Міжнародний благодійний фонд «Дар
життя»
Тернопіль
Україна
Яремчука, 6
(0352) 537965
nklaper@yahoo.com

Лейпер Ніколас
Міжнародний благодійний фонд «Дар
життя»
Кременець
Україна
Ліцейна 12/5
(0354) 2-35-11
nklaper@yahoo.com

Лещенко Світлана Радіонівна
Міжнародний благодійний фонд «Дар
життя»
02091
Київ
Україна
вул. Вербицького 5, каб. № 100
(044)562-82-53, (096)131-40-25
Lb.giftoflife@gmail.com

Ліпіна Ольга Василівна
Інститут проблем кріобіології і
кріомедицини НАН України
61015
Харків
Україна
Переяславська, 23
+38 (057) 373-59-53
cryo@online.kharkov.ua

**Логановський Костянтин
Миколайович**
Науковий центр радіаційної медицини
НАМН України
04050
Київ
Україна
Мельникова, 53
+380-44-452-1803
+380-44-451-2330
loganovsky@mail.ru

Локтев Вадим Михайлович
Відділення фізики і астрономії НАН
України
Київ
Україна
Володимирська, 54
2396565
vloktev@bitp.kiev.ua

Лук'янець Валентин Сергійович
Інститут філософії НАН України
01001
Київ
Україна
Михайлівська, 22Б, кв. №44
228-88-63
lukian@svitonline.com

Лукаш Любов Леонідівна
Інститут молекулярної біології і
генетики НАН України
Київ
Україна
акад. Заболотного, 150
0(44) 526 99 89
0(44) 526 07 59
lukash@imbg.org.ua

Лукіна Людмила Миколаївна
Науково-дослідний центр «Державний
Океанаріум»
99024
Севастополь
Україна
Епронівська, 7
+380 (692) 23-15-07
+380 (692) 24-23-09
lukin@sevcable.net

Лук'янова Олена Михайлівна
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
04050
Київ
Україна
Мануїльського, 8
4838067, 4838026
ipag@ukr.net

Лучків Отець Михайло
Чин Святого Василія Великого
Львів
Україна
пл. Соборна , 3
272-89-05

Магдич Людмила Вадимівна
Інститут генетичної та регенеративної
медицини НАМН України
04114
Київ
Україна
Вишгородська, 67
206-18-99
206-18-96
Imagdich5@ukr.net

Мазепа Христина Петрівна
Львівський державний медичний
коледж ім. Андрія Крупинського
Львів
Україна
вул.Дорошенка, 70

261-50-48
med.cd@is.lviv.ua

Мазуренко Олександр Петрович
Харківський національний аграрний
університет ім. В.В. Докучаєва
62483
Харків
Україна
п/в «Комуніст 1», Харківський район
+380 (572) 99-74-50
+380 (572) 93-60-67
admin@agrouniver.kharkov.com

Макареня Володимир Вікторович
Поліклініка сімейного лікаря
«Русанівка»
Київ
Україна
вул.Ентузіастів, 49
psl_rusanivka_golovna@ukr.net

Максименко Сергій Дмитрович
Інститут психології ім. Г.С. Костюка
АПН України
01033
Київ
Україна
вул. Паньківська, 2
+380-44-288 – 33 - 20
inst_psychol@hotmail.com

Маменко Марина Євгенівна
Луганський державний медичний
університет
91057
Луганськ
Україна
Сонячний, 21/33
+380507894986
matenko@poisk.lg.ua

Манжура Олена Петрівна
Київська міська онкологічна лікарня
Київ
Україна
Верховинна, 69
409-18-31
lenamanz@gala.net

Маркевич Августин
Львівська єпархія Української
Православної Церкви
Львів
Україна
Короленка, 3
275-80-99
(032) 294-91-34
arh_avgustin@svitonline.com

Марута Наталія Олександрівна
Інститут неврології, психіатрії та
наркології НАМН України
79068
Харків
Україна
Ак.Павлова,46
+380(57)7383225
(057)7383387
mscience@kharkov.com

Марцафей Наталія Миколаївна
Херсонська дитяча обласна клінічна

лікарня
73013
Херсон
Україна
вул. Українська, 81
0508484671
martsafei@list.ru

Маслюх Володимир Омел'янович
Національний університет ім.Тараса
Шевченка
Київ
Україна
вул.Ломоносова, 55, кім.206/2
939270749
maslyukh@ukr.net

Матасар Ігнат Тимофійович
Науковий центр радіаційної медицини
НАМН України
04050
Київ
Україна
Мельникова, 53
067 4662818
044 4890987
matasar@ya.ru

Мацегорін Олександр Ілліч
Київський університет права НАН
України
Київ
Україна
вул. Акад. Доброхотова, 7-а
+ 380 44 409 26 43
+ 380 44 423 90 87
kul@kul.kiev.ua

Медведев Володимир Вікторович
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця
Київ
Україна
П. Майбороди, 32
0505048788
medvedieva.maryna@gmail.com

Медведева Наталія Глібовна
Науково-дослідний інститут
інтелектуальної власності АПН України
03680
Київ
Україна
ул. Боженка, 11
(044) 200-08-75
(044) 200-08-76
m_nataha@mail.ru

Медвідь Володимир Ісаакович
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
04050
Київ
Україна
вул. Платона Майбороди, 8, ІПАГ
+380(44)253.05.24 483-61-67
050.381.41.71
vladimirmedved@ukr.net

Мельникова Євгенія Георгіївна
Харківський обласний центр сприяння
розвитку вітчизняної освіти, науки та
виробництва «Овна»

61007
Харків
Україна
вул. Мира, 36, кв. 30
068 8852473
jimshelia@ukr.net

Мережинська Олена Юріївна
Національна медична академія
післядипломної освіти імені
П.Л.Шупика
Київ
Україна
Лісний пр.31 кв.332
5184497, 0675898496
Elena_m31@mail.ru

Мирна Олена В'ячеславівна
КЛПУ «Обласна клінічна лікарня
професійних захворювань»
83059
Донецьк
Україна
Пр-т Ілліча, 104

Миронова Галина Анатоліївна
Науково-дослідний інститут
приватного права і підприємництва
Національної Академії правових наук
України
01042
Київ
Україна
Раєвського, 23 а
063 949-37-20
044 286-70-98
galamironova@meta.ua

Мізюк Михайло Іванович
Івано-Франківський державний
медичний університет
76018
Івано-Франківськ
Україна
Галицька, 2
(0342) 52-82-21
(03422) 2-42-95
mizyuk_m_i@mail.ru

Міндрул Анастасія Валентинівна
Науково-дослідний інститут
інтелектуальної власності АПН України
03680
Київ
Україна
вул.Боженка, 11, к14
(044) 228-21-36
(044) 200-08-76
a.mindrul@ndiiv.org.ua

Місюра Галина Богданівна
Львівська обласна клінічна лікарня
79010
Львів
Україна
Чернігівська, 7
0322-75-50-21
0322-75-78-15
lokl@ukr.net

Міцкевич Валентина
Київська міська онкологічна лікарня
Київ

Україна
Верховинна, 69
450-75-67

Мішенін Андрій Борисович
Київська міська клінічна
офтальмологічна лікарня «Центр
мікрохірургії ока»
03680
Київ
Україна
просп. Комарова, 3
(050)5165373
Glaz3@i.com.ua

Мойсєєва Ганна В'ячеславівна
Центр імунобіологічних препаратів
МОЗ України
03038
Київ
Україна
Миколи Амосова, 5
(044) 275-07-02
viz2010@ukr.net

Морозов Анатолій Миколайович
Державний фармакологічний центр
МОЗ України
04050
Київ
Україна
Ушинського, 40
498-43-02
pilipenko@pharma-center.kiev.ua

Москаленко Віталій Федорович
Національний медичний університет
ім.О.О.Богомольця
01004
Київ
Україна
бульвар Шевченка, 13
+380 (44) 234-40-62
Galka-farm@yandex.ru

Музиченко Петро Федорович
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця
04114
Київ
Україна
бульвар Шевченка, 13
050-514-04-98, 2340351
rmltost@ukr.net

Нагірняк Андрій Ярославович
1001
Київ
Україна
М.Київ-1 а/с В-125
uapriest@gmail.com

Нагорна Антоніна Максимівна
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-70-88
+380 (44) 289-66-77

Назар Наталія Омелянівна
ЛРІДУ НАДУ при Президентові України

79020
Львів
Україна
Підголюско, 17/19
0973129999
bioethics@rambler.ru

Назарко Ірина Степанівна
Тернопільський національний
педагогічний університет
Тернопіль
Україна
Орлика, 5, 32
067-352-13-85
guardiaterno@gmail.com

Нардід Олег Анатолійович
Інститут проблем кріобіології і
кріомедицини НАН України
61015
Харків
Україна
Переяславська, 23
+380 (57) 373-31-41
olnard@mail.ru

Нейко Євген Михайлович
Івано-Франківський державний
медичний університет
76018
Івано-Франківськ
Україна
Галицька, 2
(03422) 2-42-95
ifdmu@ifdmu.edu.ua

Нерсесян Армен Сабірович
Київський університет права НАН
України
02121
Київ
Україна
вул. Декабристів, 9, кв. 106
063-181-43-21
044-452-28-64
jambren@bigmir.net

Ніжерадзе Костянтин Олексійович
Український науково-технологічний
центр
0357
Київ
Україна
Металістів, 7а
konstantin.nizheradze@stcu.int

Ніколаєва Валентина Валентинівна
Державний фармакологічний центр
МОЗ України
Київ
Україна
Ушинского, 40
498-43-52
498-43-29

Новікова Світлана Миколаївна
Інститут генетичної та регенеративної
медицини НАМН України
04114
Київ
Україна
Вишгородська, 67
431-05-70

432-99-56
snovikova7@i.ua

Новожилов Олег Васильович
Інститут харчової біотехнології та
геноміки НАН України
04123
Київ
Україна
Осиповського, 2а
(044) 239-6415
novozhylov@nas.gov.ua

Новожилова Ірина Олексіївна
Державна установа «Національний
інститут фтизіатрії і пульмонології імені
Ф. Г. Яновського НАМН України»
03680
Київ
Україна
вул. М. Амосова, 10
275-41-22
275-21-18
novozhilova@ifp.kiev.ua

Огірко Олег Васильович
Львівська національна академія
ветеринарної медицини
ім.С.З.Гжицького
79010
Львів
Україна
Пекарська, 50
0672702083
+380 (322) 98-68-90
ohirko@yandex.ru

Огомото Джойс
Івано-Франківська національна
медична академія
Івано-Франківськ
Україна
+380638392479
ejize4all@yahoo.com

Олійник Ганна Анатоліївна
Вінницька обласна лікарня ім.
Пирогова
21018
Вінниця
Україна
Пирогова, 46
+38-067-94-71-715
+38-0432-50-50-14
oleyanna@gmail.com

Омельченко Людмила Іванівна
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
04050
Київ
Україна
Мануїльського,8
4838067
4838026
ipag@ukr.net

Омельянець Микола Іванович
Науковий центр радіаційної медицини
НАМН України
04050
Київ
Україна

Мельникова, 53
431-98-33
483-72-02
omelyan2006@narod.ru

Онопрієнко Євген
Медіа група «Об'єktiv»
61022
Харків
Україна
майдан Свободи, готель «Харків», 1
корп., 4 поверх, МГ «Об'єktiv»
(057) 763-12-12
(057) 763-14-14
eugeniy.onoprienko@objectiv.tv

Орлюк Олена Павлівна
Науково-дослідний інститут
інтелектуальної власності АПН України
03680
Київ
Україна
вул. Боженка, 11, корп. 4
+380-44-200-0876
e.orliyk@ndiiv.org.ua

Осадців Іван Васильович
КЛПЗ «Чернігівський обласний центр
радіаційного захисту та оздоровлення
населення»
14020
Чернігів
Україна
Шевченка, 160
0462 958154
0661967654
greenivan@ukr.net

Осадців Олег Іванович
КЛПЗ «Чернігівський обласний центр
радіаційного захисту та оздоровлення
населення»
14020
Чернигов
Україна
вул. Шевченко, 160
0462 930403
osadtciv@gmail.com

Оспанова Тетяна Сунгашевна
Харківський національний медичний
університет
61174
Харків
Україна
пл. Л.Свободи, 60, 165
+380509988242
t.ospanova@mail.ru

Очеретенко Валентина Дмитрівна
Спілка громадських організацій
Всеукраїнська асоціація захисту прав
пацієнтів «Здоров'я нації»
Київ
Україна
Вишгородська, 36Б
(044) 332-2187
v.ocheretenko@patient.com.ua

П'яста Руслан
Івано-Франківська Духовна Семінарія
УГКЦ
Івано-Франківськ

Україна
вул. Василянок, 64
0976179448
Pyasta@list.ru

**П'ятниця-Горпинченко Наталія
Костянтинівна**
Інститут медицини праці НАМН України
Київ
Україна
вул.Саксаганського, 75
+38-044-289-43-66
imppyatnitsa@gmail.com

Павлюк Петро Аркадійович
Гуманітарно-теологічний інститут
Одеса
Україна
Ленінградська 1, кв. 14
048-716-45-06
048-711-73-85
pavlyuk.ua@mail.ru

Пак Людмила Вікторівна
Київська міська онкологічна лікарня
Київ
Україна
Верховинна, 69
450-75-67

Паробецька Ірина Михайлівна
Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
Львів
Україна
вул..Пекарська, 69
275-92-43

Петренко Сергій Анатолійович
Науково-дослідний інститут
інтелектуальної власності АПН України
03680
Київ
Україна
вул. Боженка, 11, корп. 4
222-94-14
200-08-76
inprolex@i.ua

Петросян Аріна Агасіївна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02660
Київ
Україна
Попудренка,50
+380(44)5591463
+380(44)5599090
Arina1@inet.ua

Першина Катерина Сергіївна
Інститут терапії ім. Л.Т.Малої НАМН
України
61039
Харків
Україна
пр-т Постишева, 2А
0504012012
KPershina@bk.ru

Пилипчук Валентина Леонтівна
Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова

21018
Вінниця
Україна
Пирогова, 56
(0432) 562889, 0976837126
Valeont@gmail.com

Пиріг Любомир Антонович
НМАПО ім. П.Л.Шупика
01054
Київ
Україна
А/с 23
+380 (44) 521-85-99, 235-03-19

Пирогова Вікторія Георгіївна
Санаторій «Квітка Полонини»
с. Солочин
Україна
Закарпатська область, Свалявський
район
0667113872
cleorica@rambler.ru

Подольський Василь Васильович
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
Київ
Україна
вул . Мануїльського, 8
4838067
4838026
ipag@ukr.net

Полесья Тетяна Леонідівна
Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова
21018
Вінниця
Україна
Пирогова, 56
(0432) 359394, 0679943965
valeont@gmail.com

Полька Надія Степанівна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02660
Київ
Україна
Попудренка,50
559-14-58
513-15-28
school_health@meta.ua

Потебня Григорій Платонович
Інститут експериментальної патології,
онкології і радіобіології ім. Р.Є.
Кавецького НАН України
Київ
Україна
Васильківська, 45
259-08-75
258-16-56
iris@onconet.kiev.ua

Прокопенко Наталія Олексіївна
Інститут геронтології НАМН України
04114
Київ
Україна
Вишгородська, 67
+380 (44) 431-05-06

+380 (44) 432-99-56
naprok@bigmir.net

Прокопенко Олег Вікторович
Міністерство регіонального розвитку
та будівництва України
01025
Київ
Україна
Велика Житомирська, 9
(044) 278-42-06
044) 278-42-29
naprok@bigmir.net

Прудко Сергій Григорович
Вишгородська парафія УГКЦ
07300
Вишгород
Україна
вул. Симоненка, 6, кв. 16
098-425-41-10
044-254-56-10
prudko@bigmir.net

Пустовіт Світлана Віталіївна
Київська медична академія
післядипломної освіти
04208
Київ
Україна
Дорогожицька, 9
+380 (44) 205-49-87
kvll@voliacable.com

Работягова Людмила Іванівна
Науково-дослідний інститут
інтелектуальної власності АПН України
03680
Київ
Україна
вул. Боженка, 11
(044) 200-08-75
Rlii@ukr.net

Радиш Ярослав Федорович
Національна Академія державного
управління при Президентові України
03057
Київ
Україна
Ежена Потье, 20
067 722 62 63
radysh2006@ukr.net

Резніков Олександр Григорович
Інститут ендокринології та обміну
речовин ім. В.П.Комісаренко НАМН
України
04114
Київ
Україна
Вишгородська, 69
+380 (44) 432-86-55, 431-03-25
+380 (44) 430-36-94
reprod@i.com.ua

Рєпіна Світлана Володимирівна
Інститут проблем кріобіології і
кріомедицини НАН України
61015
Харків
Україна
Переяславська, 23

+380 (57) 373-31-41
+380 (57) 373-30-84
srepina@mail.ru

Рогова Олена Геннадіївна
Харківська медична академія
післядипломної освіти
Харків
Україна
Корчагінців, 58
(057) 7118043
(057) 7118025
rogovael@rambler.ru

Рудий Богдан
Національний університет ім.Тараса
Шевченка
Київ
Україна
вул. Володимирська, 60, к. 455
063-4451893
brudyj@list.ru

Савченко Дмитро Сергійович
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця
01004
Київ
Україна
бульвар Шевченка, 13
+380 (44) 454-49-43

Сакало Валерій Севастьянович
Інститут урології НАМН України
03115
Київ
Україна
вул.Коцюбинського
+380(44)4241329
+380(44)4507487
valerii.sakalo.si@gmail.com

Салюк Ольга Дмитрівна
Дніпропетровська державна медична
академія
49000
Дніпропетровськ
Україна
Дзержинського, 9
066 771 1736
sebeket@meta.ua

Сальнікова Надія Андріївна
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
вул.Саксаганского,75
2894366
dalexandra@ukr.net

Самборська Геня Зигмундівна
Всеукраїнський благодійний фонд «За
гідність людини»
03179
Київ
Україна
Шепетівська,6
+380(44)4521120 067-25-041-22
ukrprolife@gmail.com

Сенюта Ірина Ярославівна
Львівський національний медичний

університет ім. Данила Галицького
79010
Львів
Україна
Пекарська, 69
+380 (32) 296-41-77, (67) 670-70-33
prlawlab@ukr.net

Сергета Ігор Володимирович
Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова
21018
Вінниця
Україна
Пирогова, 56
(0432)35-62-23; (050)180-70-05
(0432)35-05-63
serheta@mail.ru

Сердюк Андрій Михайлович
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02090
Київ
Україна
Попудренка, 50
+380 (44) 559-73-73
+380 (44) 559-90-90
aserdiuk@health.gov.ua

Серебровська Зоя Олександрівна
Інститут фізіології ім.О.О.Богомольця
01024
Київ
Україна
Богомольця, 4
256 25 57
serebrovska@yahoo.com

Серебровська Тетяна Вікторівна
Інститут фізіології ім.О.О.Богомольця
01024
Київ
Україна
Богомольця, 4
256 25 57
sereb@biph.kiev.ua

Серебровський о. Сергій
Римо-католицька Церква
Київ
Україна
Костьольна, 17
096 2988408
bishop@r-catholic.kiev.ua

Сибірний Андрій Андрійович
Інститут біології клітини НАН України
79005
Львів
Україна
Драгоманова, 14/16
+380(322)612108
+380(322)612148
sibirny@cellbiol.lviv.ua

Сиволап Юрій Михайлович
Південний біотехнологічний центр в
рослинництві НААН України
65036
Одеса
Україна
Овідіопольська дорога,3

395 557, 395 582
genome2006@mail.ru

Симчич Тетяна Василівна
Інститут експериментальної патології,
онкології і радіобіології ім. Р.Є.
Кавецького НАН України
Київ
Україна
Васильківська, 45
258-16-56
symchychtv@gmail.com

Синиця Володимир Валерійович
Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
79005
Львів
Україна
О. Кобилянської 12, кв. 6
(067) 794-74-13
synvol@ukr.net

Синявський Віталій Васильович
Інститут педагогічної освіти АПН
України
04060
Київ
Україна
вул.Берлинського, 9, кім.634
м.т. (066) 355-19-64, 440-62-86
gala05@gala.net

Сілантьєва Ольга Василівна
Центральна етична комісія МОЗ
України
03680
Київ
Україна
Народного Ополчення, 5
503-76-51 м. 8-050-254-03-71
osilantieva@ukr.ne

Скалецька Зоряна Степанівна
Українська медико-правова асоціація,
Національний університет «Киево-
Могилянська Академія»
Київ
Україна
Г. Сковороди, 2
(044) 425-6073
szslaw@gmail.com

Скребкова Оксана Юрївна
Кримський державний медичний
університет
95006
Сімферополь
Україна
бульвар Леніна, 5/7
+380 (652) 29-48-79
sudmed@csmu.strace.net

Скребцова Катерина Вікторівна
Національний науковий центр з
медико-біотехнічних проблем при
Президії НАН України
Київ
Україна
вул.Володимирська, 54
044-2396623
biomed04@mail.ru

Скрипник Надія Василівна
Івано-Франківський державний
медичний університет
Івано-Франківськ
Україна
вул., Галицька, 2
0342528074
0342528124
Endo_if@ukr.net

Слюсар Людмила Іванівна
Інститут демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи НАН України
01011
Київ
Україна
Панаса Мирного, 26
254-31-98
L.Slyusar@bigmir.net

Смалько Петро Якович
Національний науковий центр з
медико-біотехнічних проблем при
Президії НАН України
01030
Київ
Україна
Володимирська,54
+380(44)2396623
+380(44)2348356
biomed@nas.gov.ua

Смольницька Валентина Леонідівна
Львівський НДІ епідеміології та гігієни
МОЗ України
79005
Львів
Україна
Зелена, 12
032 276 28 31
valentinas2002@ukr.net

Соколова Марина Петрівна
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 536-11-53
+380 (44) 289-66-77

Станкевич Тетяна Валеріївна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02049
Київ
Україна
Попудренка, 50
559-14-90
valerievna2004@ukr.net

Степаненко Алла Василівна
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 286-44-77
alla_step@mail.ru

Степанюк Алла Василівна
Тернопільський національний
педагогічний університет

46001
Тернопіль
Україна
Кн. Острозького, 1, 36
066 577 88 49
alstep@tnpu.edu.ua

Стернат Ірина
1МКЛ ім. Князя Лева; Львівський
національний медичний університет
ім. Данила Галицького
Львів
Україна
вул.Замарстинівська, 144/106
0975842355
sternrs@gmail.ru

Стехіна Тетяна Юрївна
Національний науковий центр з
медико-біотехнічних проблем при
Президії НАН України
01601
Київ
Україна
Володимирська,54
+380(44)2396623
biomed@nas.gov.ua

Стойка Ростислав Степанович
Інститут біології клітини НАН України
79005
Львів
Україна
вул. Драгоманова, 14/16
+380 32 261 22 87
stoika@cellbiol.lviv.ua

Строгонов Олександр
Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
79010
Львів
Україна
вул.Пекарська, 69
0978664843
bioethics@rambler.ru

Сушко Віктор Олександрович
Науковий центр радіаційної медицини
НАМН України
04050
Київ
Україна
Мельникова, 53
+380-44-409-29-35
+380-44-451-8251
pulmorad@i.ua

Талаєва Тетяна Володимирівна
Центральна етична комісія МОЗ
України
03680
Київ
Україна
Народного Ополчення, 5
+380 (44) 503-76-51
talaieva-t@yandex.ru

Тананакіна Наталія Василівна
Центральна районна лікарня
Дніпропетровськ
Україна
бульвар Слави, буд.4, кв 124

0505698531
end.tan@mail.ru

Таранюк Геннадій Петрович
Синодальний відділ з благодійності
та соціального служіння Українська
Православна Церква
01015
Київ
Україна
Івана Мазепи, 25 корпус 70-а
+38 0992345530
elpidia@freemail.ru

Татарчук Тетяна Феофанівна
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
Київ
Україна
Мануїльського, 8
4838067, 4838026
ipag@ukr.net

**Терешкевич Галина Тарасівна
(с. Діогена)**
Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
79010
Львів
Україна
Сковороди, 6/5
80971803130
bioethics@rambler.ru

Ткач Ірина Зиновіївна
Міжнародний благодійний фонд «Дар життя»
Львів
Тернопіль
Україна
вул. Руська, 10, кв. 62
(0352) 52-06-19
iryna.giftoflife@gmail.com

Трахтенберг Ісаак Михайлович
Інститут медицини праці НАМН України
01033
Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-51-85
+380 (44) 289-66-77
kostatram@gmail.com

Трескунова Таміла Василівна
Науковий центр радіаційної медицини
НАМН України
04050
Київ
Україна
Мельникова, 53
431-98-29
ttreskunova@ukr.net

Тронько Микола Дмитрович
ДУ «Інститут ендокринології та обміну
речовин ім.. В.П. Комісаренка НАМН
України»
04114
Київ
Україна
Вишгородська,69
431-0-222
+380(44)4303694
endocrinolog@ukr.net

Троцька Олена Сергіївна
Тернопільський національний
педагогічний університет ім.В.Гнатюка
80700
Золочів, Львівська обл.
Україна
Бродівська, 129,
0966778747
trotska_o@mail.ru

Труш Олена Анатоліївна
Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ Україна)
01021
Київ
Україна
Кловський узвіз,5
+38-044-254-2436; (050) 445 05 61
+380(44)2302506
otrush@unicef.org

Турос Олена Ігорівна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02090
Київ
Україна
Попудренка, 50
+380 (44) 559-34-15
+380 (44) 296-87-15
eturos@usch.kiev.ua

Турчин Юрій
Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
79010
Львів
Україна
вул. Пекарська, 69
0978664843
bioethics@rambler.ru

Улізко Павло Юрійович
Харківська Державна Зооветеринарна
Академія
62341
Україна
смт. Мала Данилівка Дергачівський
р-н, Харківська обл.
068 6178456
prisil@i.ua

Фролов Аркадій Федорович
ДП «Центр імунобіологічних
препаратів» МОЗ України
03038
Київ
Україна
Миколи Амосова, 5
(044) 275-07-02
viz2010@ukr.net

Фурманов Юрій Олександрович
Інститут хірургії і трансплантології
НАМН України
03680
Київ
Україна
Героїв Севастополя, 30
4085281, 0674655663, 4086000
surgery@i.com.ua

Ходзінська Надія Олександрівна
Міжнародний благодійний фонд «Дар

життя»
46008
Тернопіль
Україна
вул. Руська 10, кв.62
(0352) 52-11-03, (097)917-49-82
nadiya.giftoflife@gmail.com

Хомінська Надія Василівна
Міжнародний благодійний фонд «Дар
життя»
46008
Тернопіль
Україна
вул. Руська 10, кв.62
(098)259-88-32, (0352) 52-11-03
ter.giftoflife@gmail.com

Цимбалюк Віталій Іванович
Інститут нейрохірургії
ім.А.П.Ромоданова НАМН України
Київ
Україна
П. Майбороди, 32
0505048788
medvedieva.maryna@gmail.com

Чащин Микола Олексійович
Національний науковий центр з
медико-біотехнічних проблем при
Президії НАН України
01601
Київ
Україна
Володимирська,54
+380(44)2396623
+380(44)2348356
biomed@nas.gov.ua

Чекман Іван Сергійович
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця
03057
Київ
Україна
пр. Перемоги, 34
+380 (44) 454-49-43
chekman_ivan@yahoo.co.uk

**Черненко Володимир
Олександрович**
Харківський національний економічний
університет
61057
Харків,
Україна
Вул. Академика Богомольця, 41. кв.33
ravliks@ukr.net

Черниченко Ігор Олексійович
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02090
Київ
Україна
Попудренка,50
+380(44)5593445
+380(44)5599090
litvi@ukr.net

Чернюк Володимир Іванович
Інститут медицини праці НАМН України
01033

Київ
Україна
Саксаганського, 75
+380 (44) 289-34-27, 289-43-05

Чешко Валентин Федорович
Харківський національний економічний
університет
61001
Харків
Україна
Пр-т Леніна, 9 а
+38-050-403-6147
38-057-702-0717
Valentin.cheshko@yandex.ru

Числовська Наталія Вадимівна
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
04050
Київ
Україна
Мануїльського,8
(044) 483 1705,(044) 483 6271
chislovska@ukr.net

**Чорненко Роксолана
Святославівна**
Львівський державний медичний
коледж ім. Андрія Крупинського
Львів
Україна
вул. Дорошенка, 70
261 -50-48
med.col@is.lviv.ua

Шалашова Ілона Валеріївна
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та
наркології НАМН України»
61068
Харків
Україна
вул.Ак.Павлова,46
057 7384083, 057 7383387
i.v.shalashova@mail.ru

Шатирко Лариса Олексіївна
Інститут психології ім. Г.С. Костюка
АПН України
Київ
Україна
вул. Паньківська, 2
+ 380 050 312 79 53
+ 380 44 459 08 30
Larysa.Shatyrko@i.ua

Шевченко Ігор Михайлович
Одеський державний медичний
університет
Одеса
Україна
пр-т Академика Глушко 1-а, кв. 4
0674826836
shifahome211@mail.ru

Шевченко Наталія Володимирівна
Одеський пологовий будинок №7
Одеса
Україна
пр-т Маршала Жукова 10, кв. 98
(0482)448968
shifahome211@mail.ru

Шевченко О. А.
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
Київ
Україна
Шегедин Марія Броніславівна
Львівський державний медичний
коледж ім. Андрія Крупинського
Львів
Україна
вул. Дорошенка, 70
261-50-48
med.col@is.lviv.ua

Широбоков Володимир Павлович
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця
01004
Київ
Україна
Терещенківська, 13 кв.30
246-37-45, 067-789-36-85
Shirobokov-bent@rambler.ru

Шишковський Іларій
Українська Православна Церква
01015
Київ
Україна
вул.І.Мазепи, 25, корпус 70-а
067 264 88-48, 044 255 1252
illuminat.cross@gmail.ru

**Шкіряк-Нижник Зореслава
Антонівна**
Інститут педіатрії, акушерства і
гінекології НАМН України
04050
Київ
Україна
Мануїльського,8
+380(44)4836271; +380(44)4836271
zoreslava7@ukr.net

Шумейко Олена Володимирівна
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця
Київ
Україна
пр. Перемоги, 34
+3044 454 49 43
nebesnat@gmail.com

Якименко Станіслав Андрійович
Інститут очних хвороб і тканинної
терапії ім. В.П. Філатова
65000
Одеса
Україна

Французький бульвар, 49/51
+380 (482) 60-37-38
+380 (482) 68-48-51
ojogi_glaz@te.net.ua

Яцковська Наталія Яківна
Інститут гігієни та медичної екології
НАМН України
02660
Київ
Україна
Попудренка,50
559-34-44, +380(44)5599090
nik@usch.kiev.ua

Абросімова Марина Юрївна
Казанський державний медичний
університет
420012
Казань
Росія
вул. Бутлерова, 49
+8 843 292 13 32
marabro@yandex.ru

Асатрян Асмік Георгіївна
Санкт-Перетбурзький інститут Пастера
197101
Санкт-Петербург
Росія
вул. Миру,14
+7(812)2334811
asmik@aa9941.spb.edu

Атанасов Атанас
Чорноморська біотехнологічна
асоціація
1164
Софія
Болгарія
8 Dragan Tsankov Blvd.
+359 888 714154
+359 2 8193988
atanas_atanassov@abi.bg

Ахаладзе Адам
Патриархія Грузинської Православної
Церкви
Тбілісі
Грузія
Узнадзе, 115
+995 77 733 555
+995 32 22 13 62
adam_vakh@yahoo.com

**Бакштановський Володимир
Йосифович**
НДІ прикладної етики Тюменського
державного нафтогазового
університету
625000
Тюмень
Росія
Володарського, 38, корп. А, оф. 509
(3452) 46-92-44
priclet@tsogu.ru

Банар Іван Петрович
Державний університет медицини та
фармації ім. Тестеміцану Республіки
Молдова
Кишиневу

Молдова
Пр-т Штефана чел Маре, 194 А, бл. №4
+373 (22) 20-52-07
+373 (22) 24-23-44
ipbanari@mail.ru

Бульмага Костянтин Петрович
Інститут Екології та Географії АН РМ
MD2070
Кишиневу
Молдова
П. Заднипру 11, кв. 63
373 22 72-35-44
373 22 73-85-73
cbulimaga@yahoo.com

Ван дер Хаар Фрітц
Global public nutrition services
Атланта
+1-770-938-7430
fvander@sph.emory.edu

Вранова Яна
Інститут медичної біофізики і медичної
інформатики
Прага
Чехія
Ruska 87

Галь Ігор Геннадійович
Національна асоціація медичного
права Російській Федерації
Москва
Росія
вул. Б. Пироговська, д.2, стр. 2, ММА
ім. М.Сеченова, кафедра медичного
права
+7(499)766-4984
association@med-law.ru

Гебальська Ана Адамівна
Університет Кардинала Стефана
Вишинського в м. Варшаві
Гродзіск Мазовецькі
Польша
вул.Крутка, 6
+48 792 777 455
anna.gebalska@gmail.com

Голіков Олександр
Чорноморська біотехнологічна
асоціація
Москва
Росія

Гурильова Марина Елісівна
Казанський державний медичний

університет
420061
Казань
Російська Федерація, Республіка
Татарстан
Бутлерова, 49
+79173922706
+7(843)2364530
MEG4478@mail.ru

Дорохов Дмитро
Центр біоінженерії РАН
117312
Москва
Росія
просп. 60-річчя Жовтня, 7, корп. 1
+7(499)1356191
+7(499)1350571
dmitry.dorokhov@gmail.com

Епплярд Джеймс
World Medical Association
CT2 9JJ
Великобританія
Thimble Hall, Blean Common, Kent
+ 00 44 (1227) 78-17-71
jimappleyard2510@aol.com

Єшану Анатолій Іванович
Державний університет медицини та
фармації ім. Тестеміцану Республіки
Молдова
Кишиневу
Молдова
Пр-т Штефана чел Маре, 194 А, бл. №4
+373 (22) 20-52-07
+373 (22) 24-23-44
eshanu@mail.md

Капітальчук Іван Петрович
НДІ екології та природних ресурсів
Бендери
Молдова
Каховський тупик, 2
(0373) 552 5 – 93 – 66
imkapital@mail.ru

Капітальчук Марина Володимирівна
Придністровський університет
Тираспіль
Молдова
вул. 25 жовтня, 127
(0373) 533 7 – 95 – 48
(0373) 552 5 – 93 – 66
imkapital@mail.ru

Кірьянов Микола Олександрович
Іжевська державна медична академія
426034
Іжевськ
Росія
Коммунарів, 281
+7(3412)526201; +7 (3412) 68 52 24
+7(3412)658167
kirnik@igma.udm.ru

Киященко Лариса Павлівна
Російський гуманітарний науковий фонд
129366
Москва
Росія
вул.Ярославська, 13
+7-495-422-69-44
larisaki@rfh.ru

Кіпень В'ячеслав Миколайович
Міжнародний державний екологічний університет ім. А. Сахарова
220009
Мінськ
Республіка Беларусь
Довгобродська, 23
+375292006354
slavakipen@rambler.ru

Кобзак Діана Костянтинівна
Державний університет медицини та фармації ім. Тестемічану Республіки Молдова
MD - 2004
Кишинев
Молдова
Пр. Штефана чел Маре, 194 В, корп. 4.
+ (373 22) 20-52-07
+ (373 22) 24 23 44
dyanka21@yahoo.co.uk

Козік Віолетта
Сілезький коледж економіки і управління в м. Битом
41907
Битом
Польща
вул.Модревського,12
czapkam@derrata.com.pl

Контні Урсула
Університет економіки і управління в м. Битом
41902
Битом
Польща
вул.Фриза Модрзевського, 12
+48 32 387 53 61
+48 32 3868528
urszula@kontry.derrata.com.pl

Куклешкін Ігор В'ячеславович
Державний університет медицини та фармації ім. Тестемічану Республіки Молдова
2004
Кишинев
Молдова
пр.Штефана чел Маре, 194В, корп.4
+37379700716
Kukcook@gmail.com

Кухарук Єкатерина
Інститут Екології та Географії АН РМ
MD2070
Кишинев
Молдова
Вилчеле, 10
(373 22) 72-35-44
(373 22) 73-85-73
ecostrategii@yahoo.com

Ларькова Марія В'ячеславівна
Саратовська державна академія права
410028
Саратов
Росія
Чернишевського, 135, каб. 108,
+7 (8452) 29-91-18; 89173032473
larkvamarija@rambler.ru

Леткевич Славомир
Польща
Wrzesnia, 3
40-659 Katowice-Piotrowice, Poland
letkiewicz1@o2.pl

Лисець Антун
Про Віта
Хорватія
Ветово
вул. Пожешка 11, HR – 34335
+385-34-313-722
antun.lisec@globalnet.hr

Лін Мелоді
США, Державний офіс по захисту людини в дослідженнях
20852
Rockville
США
1101 Wootton Parkway
+1(240)4536900
+1(240)4536909
Mlin1@dhhs.gov

Ляуш Лев Брунович
Російський державний медичний університет ім. М.І.Пирогова
125445
Москва
Росія
Ленінградське шосе, д. 130, к.2, кв. 40
84997673384
84954346129
lyaush-lev@mail.ru

Малишева Олена Олександрівна
Учбовий центр
123007
Москва
Росія
4-а Магістральна, 11, 2
+7 916 192 45 19 моб.,
+7 (495) 600 44 45 раб.
+7 (495) 600 44 46
E28-T05@yandex.ru

Мельнов Сергій Борисович
Міжнародний державний екологічний університет ім. А. Сахарова
220009
Мінськ
Білорусія

Довгобродська, 23
+375296018813
sbmelnov@gmail.com

Мілошевіч Міржана
Міністерство сільського, лісового та водного господарства
Republic of Serbia
Nemanjina st. 22-26
+381 11 3621 506; +381 63 436 531
+381 11 3620 190
m.milosevic@minpolj.gov.rs

Мішаткіна Тетяна Вікторівна
Міжнародний державний екологічний університет ім. А. Сахарова
220113
Мінськ
Республіка Беларусь
Східна, 50-395
+375 (17) 280-24-95
(+375 17) 230-68-88
mtv@aichyna.com

Науменко Олег Олександрович
Національний Університет Узбекистану
ім. Мірзо Улугбека
100093
Ташкент
Узбекистан
Юнусабад, 4-71-62
+998909205093
naumenko06@mail.ru

Нежметдінова Фаріда Тансиківна
Казанський державний аграрний університет
420015
Республіка Татарстан, Казань
Російська Федерація
Маркса, 65
89196217070
8 (843)2366651
nadgmi@mail.ru

Ожован Алла Георгіївна
Державний університет медицини та фармації ім. Тестемічану Республіки Молдова
Кишинев
Молдова
31 Августа 1989, 63
+ (373 22) 79 10 38
+ (373 22) 24 23 44
alojovan@gmail.com

Ожовану Віталій Іванович
Державний університет медицини та фармації ім. Тестемічану Республіки Молдова
Кишинев
Молдова
Пр-т Штефана чел Маре, 194 А, бл. №4
+ (373 22) 24-27-27
+ (373 22) 24 23 44
vitojovanu@mail.md

Паладі Адріана Леонідівна
Державний університет медицини та фармації ім. Тестемічану Республіки Молдова

2004
Кишинев
Молдова
Пр-т Штефана чел Маре, 194 В, корп. 4.
+ (373 22) 20-52-07
+ (37322) 24 23 44
a_paladi@mail.ru

Парве Валдар
Університет Тарту
50900
Тарту
Естонія
Ulikooli 18
+37(27)375317
valdar@ut.ee

Першин Михайло Сергійович
Російський державний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Москва
Росія
ак. Варги, 20, кв. 83
84953390539
dmpershin@mail.ru

Саримсакова Бахит Ёркешевна
Національний науковий центр материнства і дитинства
010000
Астана
Казахстан
Проспект Туран, 32
+7-7172 701418
+7-7172-508033
bakhyts@yandex.ru

Сєдова Наталія Миколаївна
Волгоградський державний медичний університет
400131
Волгоград
Росія
пл. Павших борців, 1, оф. 411
+7 (8442) 38-53-25
+7 (8442) 40-81-40
nns18@yandex.ru

Силуянова Ірина Василівна
Російський державний медичний університет ім. М.І.Пирогова
117997
Москва
Росія
Остовитянова, д.1
+7(495)4346654
+7(495)4340320
siluan@mail.ru

Скрипник Олена Олександрівна
Державний університет медицини та фармації ім. Тестемічану Республіки Молдова
Кишинев
Молдова
Штефана чел Маре, 194 А, корп. 4
+ (373 22) 20-52-07
+ (373 22) 24 23 44
escripnic@gmail.com

Спринчан Сергій Леонідович
Державний університет медицини та фармації ім. Тестемічану Республіки Молдова

Кишинев
Молдова
Пр-т Штефана чел Маре, 194 А, бл. №4
+373 (22) 20-52-07
+373 (22) 24-23-44
sprinceans@yahoo.com

Созінов Олексій Станіславович
Казанський державний медичний університет
Російська Федерація
Казань
Бутлерова, 49
+7 (8432) 36-05-93
sozinov@kgmu.kcn.ru

Тищенко Павло Дмитрович
Інститут філософії РАН
11199916
Москва
Росія
вул.Волхонка, 14
+7 (499) 499-1411065
ptishchenko@bioethics.ru

Турсунов Джахангір Хусанович
Ташкентська Медична академія
Ташкент
Узбекистан
Шайхантаурский район, ул. Курганча, 35 А
+998901068397
johongir-5@yandex.ru

Турсунова Маліка Хусанівна
Ташкентська Медична академія
100109
Ташкент
Узбекистан
Фаробі, 2
+998901057500
tursunova-malika@rambler.ru

Харченко П.
Institute for Agricultural Ecology & Biotechnology
127550
Москва
Росія
42 Timiryazev Str.

Цирдя Теодор Миколайович
Державний університет медицини та фармації ім. Тестемічану Республіки Молдова
Кишинев
Молдова
Пр-т Штефана чел Маре, 194 В, бл. №4
+373 (22) 22-62-90
+373 (22) 24-23-44
tirdea_teodor@mail.ru

Ціммерманн Міхаель
Laboratory for Human Nutrition Institute of Food, Nutrition and Health Swiss Federal Institute of Technology (ETH) Zurich
Цюрих
Швейцарія
ETH Zentrum, Schmelzbergstrasse 7, LFV E19
0041-44-632-8657
0041-44-632-1470
michael.zimmermann@ilw.agrl.ethz.ch

Чапка Мирослав
Сілезький коледж економіки і управління в м. Битом
41907
Битом
Польща
Модревського, 12
032 386 8528
rectorat@wsea.edu.pl
Юдін Борис Григорович
Інститут філософії РАН
119992
Москва
Росія
Волхонка, 14
+7 495 967 9067
byudin@yandex.ru

Яковлев Віктор Володимирович
Російський державний медичний університет
Москва
Росія
вул. Островитянова, 1
+7(495)4346655
pravomed@mail.ru

Якубова Мухіба Мухсіновна
Таджицький державний медичний університет
734025
Душанбе
Республіка Таджикистан
вул. Девлаві,3
992-37 221-56-19
awst2001@mail.ru

Ярошикова Тетяна
Чеський технічний університет в Празі
Прага
Чехія
Pl. Sitna 3105, 272 01 Kladno
+420 312 608 240
+420 604 232 382
tatana.jarosikova@fbmi.cvut.cz

Яскевич Ядвіга Станіславівна
Білоруський державний економічний університет
220070
Мінськ
Республіка Беларусь
пр-т Партизанський, 26
209-78-47
isgo@bseu.by