

В. М. Запорожан, М. Л. Аряев, Н. В. Котова

Одеський національний медичний університет МОЗ України, 65082 Одеса

СВІТОГЛЯДНА І АПЛІКАТИВНА ФУНКЦІЯ БІОЕТИКИ В ЗАХИСТІ І ПІДТРИМЦІ МАТЕРІ І ДИТИНИ НА ПРИКЛАДІ СТРАТЕГІЇ ПРОТИДІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

У статті представлена динамічна оцінка проблем стигматизації ВІЛ-інфікованих, взаємини медичних професіоналів і пацієнтів, етики клінічних спостережень, дотримання професійної таємниці і конфіденційності. Обговорюються питання автономії особистості матері і дитини, плода як пацієнта, соціальної рівності і справедливості в контексті ВІЛ-інфекції. Особлива увага приділена питанням захисту прав дитини, профілактики жорстокого ставлення до дитини. Показано, що зараз біоетика ввійшла в новий нооетичний етап свого розвитку, що відображає її подальшу глобалізацію і інтеграцію з парадигмою біобезпеки та здорового способу життя. Світоглядний і прикладний характер біоетики і нооетики набули величезного значення у рішенні цивілізаційних проблем людства, у тому числі в сфері захисту матері і дитини, що чітко демонструється на прикладі стратегії протидії перинатальної ВІЛ-інфекції.

Ключові слова: біоетичні проблеми, профілактика перинатальної передачі ВІЛ, ВІЛ-інфекція, лікування, жінки, діти.

Захист і підтримка матері та дитини є найважливішим завданням держави, інститутів цивільного суспільства і всієї системи охорони здоров'я [8]. Результати роботи у цьому напрямку є чутливим індикатором соціально-економічного і морального благополуччя суспільства, при цьому сучасна біоетика визнана в цій сфері ефективним незамінним інструментом теорії і практики. Очевидний факт успішного становлення й динамічного розвитку біоетики в Україні є знаковою подією, що наочно відображає прихильність принципам демократичної побудови суспільства, міжнародній інтеграції і захисту прав особистості. Біоетика як міждисциплінарна наука має різні функції, найважливішими з яких є аплікативна (прикладна) і світоглядна [10].

Аплікативна функція біоетики полягає у використанні філософських теорій, принципів і правил в етичному аналізі конкретних ситуацій у сфері охорони здоров'я і біомедицини. Аплікативна біоетика стала логічною відповіддю на численні етичні питання і проблеми, які виникли за останні десятиліття в процесі клінічної практики, а також при проведенні біомедичних досліджень і експериментів. Вона покликана не лише ідентифікувати і аналізувати конфліктні ситуації, які виникають на стику медицини, біології, філософії і юриспруденції, але й визначати конкретні шляхи їх рішення. Предметом розгляду біоетики стають не тільки новітні досягнення біології і медицини з погляду визначення ступеня їх небезпеки для людини і суспільства в сучасному світі та у майбутньому, але

В. М. Запорожан — віце-президент НАМН України, ректор університету, акад. НАМН України

М. Л. Аряев — зав. кафедри педіатрії № 1, чл.-кор. НАМН України

Н. В. Котова — професор кафедри педіатрії № 1, д.м.н., професор (nvkotova@yahoo.com)

© В. М. Запорожан, М. Л. Аряев, Н. В. Котова, 2014.

й соціально значимі хвороби, у тому числі інфекції, що швидко поширюються в умовах глобалізації. Біоетика спрямована на розробку моральних, а надалі і законодавчих заходів, які захищають індивідуум, суспільство і людство в цілому від небажаних, а іноді і згубних наслідків нових технологій або нових захворювань. Мова йде про розшифровку геному людини, клонування тварин, можливості клонування людини, лікувальне використання ембріональних тканин, результати генної терапії та інженерії, успіхи нових репродуктивних технологій, прогрес трансплантології, новітніх методів діагностики, лікування і профілактики різних захворювань. Сучасної біоетичної оцінки потребують питання лікарської таємниці, евтаназії, конфліктів між матір'ю і плодом [10, 20].

У ХХІ сторіччі найважливішою функцією біоетики стала **світоглядна функція**. Підвищений і стійкий інтерес до біоетики в усьому світі не є випадковим або проявом моди. Справа в тому, що біоетика в певній мері заповнює філософський вакуум сучасності, що виник внаслідок серйозних суспільно-економічних, соціальних і ідеологічних змін у постмодерністському суспільстві. Ідеологія постмодернізму вплинула на світогляд у цілому — на спосіб життя, морально-етичні цінності, науку, мистецтво, релігію. Виявилися втраченими основні ідеї цивілізації: віра в прогрес, безмежність можливостей наукового пізнання і людського розуму. У постіндустріальному суспільстві споживання поширилися настрої розчарування в ідеалах і цінностях Відродження й Освіти. Світоглядна функція біоетики складається в глобальному застосуванні різних культур, етичних теорій, систем і правил, принципів і норм — деонтологічних, утилітарних, теологічних та ін. Світоглядна функція заснована на створенні якісно нового сплаву з різних філософських поглядів на основі транснаціонального виміру, множинності етичних парадигм, деідеологізації, толерантності і плюралізму думок [10, 12, 27].

Біоетика ґрунтується на повазі до життя і гідності здорової та хворої людини, інтереси якої завжди мають оцінюватися вище інтересів науки або суспільства. Провідним постулатом біоетики є принцип автономії з недоторканністю психічного і фізичного статусу людини, що реалізується принципом згоди інформованої особи і суспільства на проведення лікувальних і профілактичних маніпуляцій. Не менш важливим є принцип соціальної справедливості, що визначає найважливіші параметри функціонування системи охорони здоров'я, у тому числі розподіл медичних ресурсів на мікро- і макрорівні. Найважливішою стороною сучасної біоетики є спроба деталізації застосування світоглядних і прикладних функцій у конкретних галу-

зях — суспільно-політичній, соціально-економічній, охороні здоров'я, біомедицини. Нам представилося важливим проаналізувати цю тенденцію у сфері захисту і підтримки матері та дитини на прикладі формування і реалізації стратегії перинатальної протидії ВІЛ-інфекції [10, 12].

Глобальна епідемія ВІЛ-інфекції, одним з вогнищ якої є Україна, висвітила безліч нових біоетичних проблем і конфліктів, виділивши цю інфекцію із загального ряду інфекційних захворювань [11, 25, 26]. На прикладі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції і боротьби з нею можна побачити прикладну біоетику в дії та оцінити результати її практичного застосування, що проявляються в зміні світогляду суспільства.

Мета роботи — ідентифікація і динамічна оцінка біоетичних проблем світоглядного і прикладного характеру в контексті захисту матері та дитини на прикладі боротьби з перинатальною ВІЛ-інфекцією в Україні.

Матеріал та методи. Науково-практичне вивчення питань перинатальної ВІЛ-інфекції ми проводили протягом 17 років клінічної роботи в лікувально-діагностичних установах Одеси у рамках міжнародного співробітництва в проектах ЮНІСЕФ (2001-2014 рр.), ВООЗ (2003, 2005 рр.), ТАСІС – LIEN (1997-99 рр.), “Лікарі без кордонів” (2003-2005 рр., Нідерланди) та у процесі виконання науково-дослідних робіт з конкурсним фінансуванням МОЗ України: “Удосконалення системи профілактики, діагностики, лікування ВІЛ-інфекції і СНІДу у дітей в Україні” (2006-2008 рр.), “Психосоціальна підтримка і мультидисциплінарне ведення дітей з ВІЛ-інфекцією” (2009-2011 рр.), “Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям в інтегрованому веденні хвороб дитячого віку шляхом підвищення прихильності до лікування і захисту прав дитини” (2012-2014 рр.). Виявлення і аналіз біоетичних проблем відбувалися при безпосередньому клінічному спостереженні за ВІЛ-інфікованими жінками та народженими ними дітьми, а також у процесі участі в роботі експертних груп МОЗ України зі створення регламентуючої документації відносно перинатальної ВІЛ-інфекції.

Поряд із клінічними, біохімічними, імунологічними та інструментальними проводилися епідеміологічні дослідження для оцінки ставлення різних категорій людей до найбільш часто виникаючих біоетичних проблем. Проводилося анкетування ВІЛ-інфікованих і неінфікованих ВІЛ жінок репродуктивного віку, медичних працівників (лікарів і середнього медичного персоналу). Питання анкет стосувалися таких біоетичних принципів, як

дотримання прав людини взагалі, ВІЛ-інфікованого пацієнта і дитини, зокрема. Розглядалися наступні питання: дотримання прав людини (добровільність тестування жінок на ВІЛ, право жінки на репродуктивний вибір), дотримання принципу поваги автономії особистості (автономність рішень у контексті обстеження, профілактики і лікування ВІЛ-інфекції у жінок і дітей), дотримання принципу добродіяння і ненанесення шкоди (зневага батьківськими обов'язками і жорстокого поводження з дітьми, залежність дитини від рішення матері, захист прав дитини), дотримання принципу соціальної справедливості (забезпечення доступності лікування і медичного спостереження, спеціалізованої допомоги, розвитку і освіти ВІЛ-інфікованих дітей).

У процесі дослідження виявлялися і обговорювалися проблеми стигматизації ВІЛ-інфікованих, ведення вмираючого хворого, паліативної медицини, взаємин між медичними професіоналами і пацієнтами, етики клінічних спостережень, дотримання професійної таємниці і конфіденційності, лікарської помилки, ятрогенії, розробки вакцини для масової профілактики захворювання та ін.

Результати та їх обговорення **Ідентифікація і оцінка біоетичних проблем** **світоглядного характеру**

Не буде перебільшенням стверджувати, що самою головною функцією біоетики є світоглядна. Біоетика якоюсь мірою врятувала саму філософію від умирання і повернула в сучасні аудиторії античний дух дискусій. За образним висловлюванням академіка Ю. І. Кундієва, у сучасному суспільстві біоетика стала ознакою цивілізації [20].

Історично біоетика В. Поттера орієнтувалася на етичні виклики клінічної діяльності й біомедичних досліджень, тобто по суті була біомедичною етикою. Вона дала початок прагматично орієнтованому північноамериканському принципалізму. Той, у свою чергу, став джерелом європейської біоетики, яка за своїм характером є глобальною і поєднує медичні, біомедичні, екологічні та біоправові напрями. Транскультурний вимір сучасної глобальної біоетики також несе істотне світоглядне навантаження, що складається у визначенні сфери дії тих або інших "універсальних" моральних норм у різних культурних контекстах. У результаті взаємопроникнення і взаємодії різних культур та різних етичних систем складається транскультурний етичний партикуляризм, що поряд з іншими культурними феноменами становить основу нового світогляду, а також стає крапкою відліку в зародженні нової людської самосвідомості [10, 20].

Наше багаторічне співробітництво і обговорення тенденцій розвитку біоетики з Почесними докторами Одеського національного медичного університету проф. К. Барнардом (Кейптаунський університет, ПАР), проф. С. Маркетосом (Президент Міжнародного Фонду Гіппократа, Греція), проф. К. Імієлінским (Президент Міжнародної медичної академії А. Швейцера, Польща), лауреатом Нобелівської премії миру Р. Риджвеем (Президент Міжнародної Асоціації інтегрованої охорони здоров'я, Великобританія), проф. Б. Любан-Плоцком (Президент Фонду психосоматичної і соціальної медицини, Швейцарія) дало змогу виявити виняткове значення і роль національних етичних традицій, а також істотні особливості біоетичної практики у багатонаціональних співтовариствах.

Світоглядна функція біоетики яскраво проявляється в обґрунтуванні концепції глобальної безпеки та її найважливішого розділу — біобезпеки. Як відомо, характерною рисою ХХІ сторіччя є втрата стійкості життя на Землі через загальнопланетарну кризу. Цілком імовірними стали погрози безпеки людства. Сучасна концепція безпеки виходить із визнання в якості її найголовнішого об'єкта не держави, а особистості з її правами, вільностями, власністю і здоров'ям. Концепція вважає основним принцип безпеки індивідууму і груп населення. Цілком зрозуміло, що безпека особистості не може бути забезпечена без захисту безпеки суспільства з його матеріальними і духовними цінностями, а також держави з її суверенітетом, законодавством і територіальною цілісністю.

Світоглядна оцінка епідеміологічної безпеки, у тому числі стосовно до ВІЛ-інфекції, визначається впливом епідемій на історичний розвиток людства і виникненням все нових інфекцій протягом розвитку цивілізації. Тільки за останнє півстоліття зареєстровано понад 70 нових інфекцій, причому нові небезпечні для людини інфекції на основі наслідків його господарської діяльності, еволюції або мутації збудників виникають щорічно.

Ще однією сферою реалізації світоглядної функції сучасної біоетики, у тому числі стосовно до проблем ВІЛ-інфекції, є оцінка біоетичного виміру в сфері охорони здоров'я і формування здорового способу життя [12, 27].

Спосіб життя — це діяльність людини в загальному виді, що детермінована умовами певної суспільно-економічної формації, способом виробництва, рівнем життя, сукупністю природно-географічних і суспільно-історичних умов, ціннісних установок, які властиві окремим індивідам, соціальним групам і суспільству в цілому. З цієї філософської платформи здоровий спосіб життя —

це все, що сприяє збереженню здоров'я і виконанню людиною своїх людських функцій за посередництвом діяльності з оздоровлення умов життя — роботи, відпочинку, побуту [23].

Здоровий спосіб життя — це спосіб життя окремої людини з метою профілактики хвороб і зміцнення здоров'я. Здоровий спосіб життя з погляду медицини — це гармонійний режим сполучення роботи та відпочинку, оптимальне харчування, фізична активність, дотримання гігієни, відсутність шкідливих звичок, доброзичливе відношення до оточення і до життя взагалі. Поняття здорового способу життя містить різноманітні елементи, які стосуються всіх сфер здоров'я — фізичної, психічної, соціальної і духовної [23].

Поряд із процесом модернізації медицини спостерігається зміна парадигм медичної діяльності. Особливого значення набувають парадигма “етичної спрямованості медицини” і парадигма “здоров'я як способу життя”. Виникла біоетична модель здоров'я, що базується на дотриманні сучасних біоетичних принципів, норм і правил з метою підтримки та розвитку інтегрованої пацієнт-орієнтованої медицини.

Етичний вимір у медичній сфері проводиться у вигляді діалектичної єдності здоров'я і хвороби. Відповідно до Уставу (Конституції) ВООЗ, “Здоров'я — це не відсутність хвороби як такої або фізичних недоліків, а стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя” [23]. Етична складова в сфері охорони здоров'я полягає, по-перше, у тому, що у ряді випадків захворювання виникає внаслідок безвідповідального поведіння пацієнта під дією стресу, зловживання алкоголем, наркотиками, палінням. По-друге, етичний вимір тандема “здоров'я — хвороба” пов'язаний з етикою відповідальності за стан власного здоров'я і здоров'я інших людей як з погляду профілактики, так і з погляду лікувально-діагностичних заходів. По-третє, етичний вимір здоров'я також виходить із принципу соціальної справедливості при формуванні політики охорони здоров'я і планування надання медичної допомоги на підставі системи принципів і цінностей пацієнта, лікаря і суспільства в цілому.

Ідентифікація і оцінка біоетичних проблем прикладного характеру

Головний принцип біоетики — це *повага прав і гідності людини*. Даний принцип дозволяє найбільшою мірою реалізувати права пацієнта відносно свого життя і здоров'я. Для його реалізації необхідно наслідувати чотирьом етичним правилам: справедливості, правдивості, конфіденційності та інформована згода. Відповідно до Загальної декларації про біоетику і права людини (ЮНЕСКО, 2005), у

суспільстві має забезпечуватися дотримання основного принципу рівності всіх людей у тім, що стосується їх гідності і прав, справедливе і рівноправне ставлення до них [7].

Відмітною рисою епідемії ВІЛ-інфекції з моменту її виникнення були *стигматизація і дискримінація* людей, інфікованих ВІЛ. Стигматизація — багатогранний процес знецінювання людської особистості за певною ознакою, у даному випадку — ВІЛ-інфекції. Стигматизація призводить до дискримінаційних дій відносно цієї людини, тобто до порушення її прав. Стигматизація і дискримінація людей, що живуть з ВІЛ, була зумовлена історією виникнення і розвитку епідемії у світі. Проте надалі було доведено, що вірус передається при будь-яких статевих контактах, уперше захворювання було ідентифіковано на початку 80-х років ХХ ст. серед гомосексуальних чоловіків, що і послужило першою причиною стигматизації людей, що живуть з ВІЛ. Надалі однією з уражених вірусом груп стали жінки, що надають сексуальні послуги. Поширення епідемії в Східній Європі і Центральній Азії було пов'язане зі вживанням ін'єкційних наркотиків через забруднені кров'ю голки, шприци або наркотичні речовини. Відсоток ВІЛ-інфікованих серед ув'язнених багатьох країн значно перевищує загальні популяційні показники. Все це стало причиною формування на ранніх етапах епідемічного процесу суспільної думки, що ВІЛ-інфекція — це невиліковне смертельне захворювання, тісно пов'язане з порушенням моральних норм. Більш ніж 30-літня історія епідемії показала помилковість такого ставлення до ВІЛ-інфекції та ВІЛ-інфікованих людей. З кожним роком в усьому світі в епідемічний процес усе більше втягуються люди, чие поведіння не можна назвати ризикованим і яких не можна віднести до уразливих груп (але стигматизація цих груп серед людей, що живуть з ВІЛ, все ж таки ще повністю не викоренена). При тому, що захворювання залишається невиліковним, проведення антиретровірусної терапії (АРТ) протягом всього життя трансформує його в хронічно персистуюче і ставить в один ряд з іншими повільними інфекціями. При цьому у зв'язку з мінливістю вірусу і нестерилізуючим характером імунітету при ВІЛ-інфекції проблема розробки вакцини для масової профілактики захворювання дотепер не вирішена. Коли вакцина все-таки буде створена, це також може викликати певні медичні труднощі (ускладниться процедура діагностики ВІЛ-інфекції) і біоетичні проблеми (можлива стигматизація осіб, які звернуться за вакцинацією) [11, 13, 25].

Зміна ставлення до людей, що живуть із ВІЛ, стало результатом активного біоетичного осмис-

лення проблеми на глобальному, регіональному і особистісному рівні. У 1988 р. (через 5 років після відкриття вірусу) ВООЗ провела Міжнародні консультації з питань медичного законодавства і етики в галузі ВІЛ-інфекції, а Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію *WHA41.24* "Запобігання несправедливості відносно осіб, інфікованих ВІЛ, і хворих на СНІД", в якій відзначалося, що забезпечення прав людини є життєво важливим для успіху програм профілактики ВІЛ-інфекції і розвитку СНІДу. У резолюціях Генеральної Асамблеї ООН неодноразово підкреслювалася необхідність боротьби з дискримінацією в контексті ВІЛ-інфекції, тому що це є вагомим чинником, який перешкоджає боротьбі з епідемією [21].

У 2002 р. на 58-й сесії Комісії ООН з прав людини була прийнята "Резолюція з прав людини про доступ до терапії в контексті пандемії ВІЛ-інфекції/СНІДу", яка і послужила поштовхом до надання всім, хто потребує, специфічного лікування. У цій та інших резолюціях підкреслювалося, що профілактика, всебічний підхід і підтримка (у тому числі лікування і доступ до АРТ для ВІЛ-інфікованих і осіб, залучених в епідемію ВІЛ-інфекції) є невід'ємними елементами ефективних заходів і мають бути включені до комплексної боротьби з пандемією [21].

Епідемія ВІЛ-інфекції яскраво виявила вже відомі та найбільш гостро обговорювані проблеми біоетики — такі, як ведення вмираючого/евтаназія, паліативне ведення вмираючих хворих, неповна компетентність тяжкохворих при прийнятті рішень, лікарські помилки/ятрогенії. Епідемія ВІЛ-інфекції зробила очевидним, що при клінічних випробуваннях антиретровірусних препаратів не можна використовувати плацебо і не можна скасовувати АРТ після закінчення клінічних випробувань, тому що це прирікає пацієнтів на смертельний результат, що знайшло відображення у поправках 2002 р. і 2004 р. до Хельсінкської декларації з питань експериментів на людях, розробленою Всесвітньою медичною асоціацією у 1964 р. [21, 24].

Впровадження біоетики в життя і медичну практику привело до формування нової моделі взаємин медичних працівників і пацієнтів. На зміну патерналістської моделі приходять колегіальна (дорадча), при якій відносини між медичним працівником і пацієнтом складаються на визнанні рівних прав і обов'язків обох сторін в ухваленні рішення щодо діагностики та лікування наявного захворювання. При цьому дуже важливо уникати неконтрольованої рівності, у результаті якої, наприклад, може страждати якість лікування. При такій моделі зростає значення інформованої згоди,

що допомагає подолати некомпетентність пацієнта у галузі медицини, психологічні особливості його особистості та інші суб'єктивні чинники. У цьому зв'язку доречно відзначити, що найважливішим аспектом профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини є виявлення ВІЛ-інфекції у жінки. На початкових етапах епідемії (у середині 90-х років ХХ ст.) порушення прав людини в контексті перинатальної ВІЛ-інфекції найбільш часто проявлялося у зв'язку з тестуванням на ВІЛ. У 80-ті роки і початку 90-х років ХХ ст. в Україні домінувала патерналістська модель взаємин медичних працівників і пацієнтів, відповідно до якої лікарі вирішували, які дослідження необхідно провести пацієнту (найчастіше не запитуючи його згоди на їх проведення), тому обстеження на ВІЛ було обов'язковим і не супроводжувалося консультуванням. У середині 90-х років стало ясно, що, по-перше, такий підхід є порушенням прав людини, по-друге, істотно перешкоджає виявленню ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а по-третє, істотно обмежує можливість профілактики передачі ВІЛ. Тому в Україні, як і в усьому світі, на зміну волюнтаристичному підходу прийшла концепція "Добровільного консультування і тестування (ДКТ) на ВІЛ з ініціативи клієнта", в якій акцент був зроблений на консультування (діалог між консультантом і клієнтом), як міру підвищення поінформованості про персональний ризик людини, про шляхи передачі і способи профілактики передачі ВІЛ. ДКТ на ВІЛ — це визнаний у міжнародній практиці, ефективний і винятково важливий метод профілактики ВІЛ-інфекції. Проте для подальшого розширення охоплення населення даними послугами парадигма зміщається на користь тестування на ВІЛ. Тому наприкінці першого десятиліття ХХІ ст. на зміну ДКТ прийшла концепція "Тестування й консультування з ініціативи медичних працівників (як складова надання медичної допомоги) і з ініціативи клієнта". Можливість пройти тестування (у тому числі анонімно) є не менш важливою, чим одержати послуги консультування. У даній концепції набуває ще більшу актуальність дотримання принципу інформованої згоди на проведення тесту. Добровільна інформована згода означає, що пацієнт одержав у доступній для нього формі повну, достовірну інформацію про стан свого здоров'я, про передбачуване медичне втручання, про ризики заподіяння йому шкоди, про альтернативні методи дослідження або лікування, і на основі цієї інформації дав добровільну згоду на проведення планованого медичного втручання [21, 22].

Представлені тенденції біотичної оцінки знайшли практичне відображення в результатах проведеного нами дослідження [4, 14]. На ранніх етапах

епідемії серед відповідей респондентів можна було виявити думку, що тестування вагітних на ВІЛ має бути примусовим, і не обов'язково, щоб воно супроводжувалося консультуванням. Таку думку висловлювали 83 % представників медичного персоналу, не залученого до надання допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, і 88 % неінфікованих ВІЛ респондентів. При цьому ВІЛ-інфіковані пацієнти та медичний персонал, що безпосередньо надавав їм допомогу, як люди більш обізнані в даному питанні, у переважній більшості (понад 95 %) підтримували добровільність тестування на ВІЛ і необхідність консультування або інформування про шляхи передачі та міри профілактики інфікування ВІЛ. В останні роки розуміння необхідності дотримання прав пацієнтів (як ВІЛ-інфікованих, так і неінфікованих ВІЛ) у вигляді одержання інформованої згоди на проведення всіх діагностичних і лікувально-профілактичних дій стало нормою медичної практики.

Порушення прав людини і автономії особистості також зустрічалося на початкових етапах епідемії відносно реалізації репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих жінок. Нами вивчалось ставлення респондентів до того, можна/потрібно змушувати ВІЛ-інфіковану вагітну зробити аборт. У перші роки епідемії 44 % середнього медичного персоналу і 62 % представників неінфікованої ВІЛ популяції були прихильниками обмеження репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих жінок. Причому аргументом на користь такого твердження було те, що ВІЛ-інфікована жінка в силу своєї хвороби не зможе виростити дитину. Самі ВІЛ-інфіковані жінки і більшість лікарів, які безпосередньо надавали їм медичну допомогу, як правило, вважали, що не можна обмежувати репродуктивні права жінок [2, 4, 14]. Однак від 2005 р., коли АРТ стала доступною для всіх ВІЛ-інфікованих в Україні, прихильників обмеження ВІЛ-інфікованих жінок в їх праві народити дитину залишилися одиниці, і, в основному, це люди недостатньо інформовані в питаннях ВІЛ-інфекції і правах людини [16].

У біоетиці *конфлікт автономії матері та автономії плода* найчастіше розглядається в контексті штучного переривання вагітності (у тому числі за медичними показниками) або в контексті пріоритетності життя матері або плода в складних клінічних ситуаціях. Епідемія ВІЛ-інфекції висвітила нову біоетичну проблему. При природному перебігу ВІЛ-інфекції у матері ризик передачі вірусу плоду під час вагітності і пологів становить близько 25-30 %. Прийом антиретровірусних (АРВ) препаратів під час вагітності і пологів знижує ризик передачі вірусу до 1 % [11, 13]. Більшість ВІЛ-інфікованих вагітних успішно приймають

АРВ-профілактику, що знизило ризик перинатальної передачі ВІЛ в Україні з 27 % у 2000 р. до 3,7 % у 2012 р. Однак і в цей час близько 4-5 % ВІЛ-інфікованих вагітних не приймають АРВ-профілактику [1]. У зв'язку із цим виникають питання: чи можна примусити ВІЛ-інфіковану вагітну приймати АРВ-препарати, і чи має право вагітна ВІЛ-інфікована жінка відмовитися від АРВ-профілактики передачі ВІЛ дитині? Біоетична оцінка відповідей на поставлені питання тісно пов'язана з розумінням залежного морального статусу плода, а також з розумінням, що медичні працівники, виходячи із принципу благодіяння, мають представляти і захищати інтереси вагітної жінки, а сама жінка має захищати інтереси плода [10]. Яка ж має бути позиція лікаря, якщо жінка діє проти інтересів майбутньої дитини? Етична концепція "плода як пацієнта" розцінює надання медичної допомоги плоду у внутрішньоутробний період не лише благодіянням у цей момент, але й благодіянням у відношенні певного "наробітку" на майбутнє, коли плід стане немовлям. Тому, з морального погляду, лікар має захищати плід, але з юридичного погляду матір не можна притягти до відповідальності за нанесення шкоди плоду. Для рішення даної дилеми важливо зрозуміти причини, з яких вагітні ВІЛ-інфіковані жінки діють не в інтересах майбутньої дитини. Нами були виявлені такі причини відмови ВІЛ-інфікованих матерів від прийому АРВ-профілактики: 1) нерозуміння значимості АРВ-профілактики; 2) побічна дія АРВ-препаратів у вигляді нудоти і блювоти, які значно погіршують самопочуття матері; 3) маргинальність або залежності у матері (зловживання алкоголем, уживання наркотиків); 4) неприйняття власного діагнозу; 5) заперечення існування ВІЛ-інфекції ("СНІД-дисиденти"). У міру розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, удосконалення лікарських навичок консультування вагітних і підвищення інформованості ВІЛ-інфікованих вагітних про переваги АРВ-профілактики перші дві причини відмови від прийому препаратів стали зустрічатися рідко [16].

Аналіз відповідей респондентів про дотримання принципів поваги автономії, а також добродіяння і неспричинення шкоди в контексті перинатальної профілактики ВІЛ у початковий період епідемії також демонстрував краще розуміння біоетичних норм лікарями і ВІЛ-інфікованими жінками, ніж середнім медичним персоналом і неінфікованою ВІЛ популяцією: 89 % медичних сестер і 83 % неінфікованих ВІЛ жінок без медичної освіти висловлювали незгоду із правом ВІЛ-інфікованої жінки на автономію особистості і згоду з тим, що АРВ-профілактику потрібно проводити примусово. Думка респондентів із групи людей, що живуть

із ВІЛ, по цьому питанню розділилася (44 % за примусову АРВ-профілактику, 56 % — проти), що, імовірно, пояснюється кращим розумінням негативних наслідків відсутності ефективної АРВ-профілактики [2, 4, 14]. Безумовно, дотримання принципу автономії особистості дуже важливо, а примус неприпустимий, однак недостатня інформованість ВІЛ-інфікованих жінок про існуючі методи профілактики передачі ВІЛ також є порушенням їх прав. Рішенням цієї дилеми є ефективне консультування ВІЛ-інфікованих вагітних, результатом якого має бути оптимальний добровільний вибір пацієнток. Як результат підвищення інформованості медичних працівників і суспільства в цілому про проблему ВІЛ-інфекції і прав людини в останні роки тільки одиниці респондентів не інфікованої ВІЛ популяції висловлюються за примусове лікування жінок [1, 16].

Визнаючи право людей на автономію особистості, варто розуміти, що дитина (на відміну від плода) — це автономна особистість, але його автономія залежить від батьків (осіб, що здійснюють догляд за дитиною). Суспільство має виступати гарантом дотримання прав дитини і захищати її від усіх проявів жорстокості. Відповідно до визначення ВООЗ, жорстоке поводження з дітьми — це погане поводження з дітьми віком до 18 років і відсутність турботи про них. Воно охоплює усі види фізичного та/або емоційного жорстокого поводження, сексуального насильства, зневаги, неухважності та експлуатації в комерційних або інших цілях, що призводить до нанесення реальної або потенційної шкоди здоров'ю, виживаності, розвитку або гідності дитини в контексті взаємозв'язку відповідальності, довіри або влади (1999 р.) [6].

Епідемія ВІЛ-інфекції зробила очевидним існування ще одного прояву жорстокого поводження з дитиною — медичної занедбаності. Якісна медична допомога дуже важлива для росту і розвитку дитини, особливо із хронічним захворюванням, у тому числі з ВІЛ-інфекцією. Оскільки АРТ проводиться ВІЛ-інфікованим пацієнтам протягом всього життя, наявність лікування і його якість залежать не тільки від системи охорони здоров'я, але й від батьків, які забезпечують доступність даної медичної допомоги дитині. Відкладання або позбавлення дитини особами, зобов'язаними піклуватися про неї та забезпечувати догляд за нею, необхідної медичної допомоги при станах, які небезпечні для життя або заподіюють шкоду здоров'ю різного ступеня тяжкості, називається медичною занедбаністю (*medical neglect*) [15].

У ході трирічного вивчення перебігу ВІЛ-інфекції у 170 дітей, з яких 129 одержували АРТ, нами були виявлені такі прояви медичної занед-

баності: 1) позбавлення медичної допомоги — батьки свідомо відмовляються виконувати медичні рекомендації або не здатні виконувати рекомендації з лікування дитини (до 3 % випадків ВІЛ-інфекції у дітей); 2) відкладання звернення за медичною допомогою — батьки невчасно звертають увагу на очевидні симптоми середньо-тяжкого або тяжкого захворювання у дитини або невчасно надають дитині належну профілактичну допомогу (близько 15 %); 3) нерегулярна медична допомога — недостатня прихильність до лікування (11 % дітей, що одержують АРТ) — батьки не дотримують режим АРТ дитини (не дають препарати в точно зазначений час, у повній дозі, не виконують рекомендації з харчування і зберігання препаратів) [16, 17].

Аналіз причин медичної занедбаності в контексті ВІЛ-інфекції у дітей показав, що найбільш часто відмова від АРТ ВІЛ-інфікованої дитини була зумовлена тим, що матері або приховують наявність ВІЛ-інфекції у себе і своєї дитини, або є СНІД-дисидентами (англ. *AIDS/HIV-denialism*) — заперечують загальноприйнятю доведеність того, що ВІЛ є інфекційним агентом ВІЛ-інфекції або заперечують факт існування і виділення ВІЛ, а СНІД вважають результатом дії різних чинників неінфекційної природи [16-18].

При порівнянні груп ВІЛ-інфікованих дітей, в яких АРТ була неефективною (група 1, $n = 29$) і ефективною протягом понад 2 років (група 2, $n = 65$), нами встановлено, що регулярне медичне спостереження дитини у фахівця, своєчасний початок лікування і прихильність до АРТ надзвичайно важливі для ефективності лікування, збереження здоров'я та життя ВІЛ-інфікованої дитини (таблиця) [19].

Аналіз причин пізнього звернення за медичною допомогою дитині і низької прихильності до АРТ показав, що чинниками ризику таких порушень прав дитини на здоров'я і життя є особливості особистості батьків (наявність алкогольної або наркотичної залежності), недостатня інформованість їх про суть проблеми, відсутність достатніх загальних знань, недовіра до лікарів і відсутність партнерських відносин з медичними працівниками [18].

Медичні працівники мають запобігати випадкам медичної занедбаності, вчасно виявляти і доводити, адекватно діяти, виходячи зі ступеня тяжкості випадку, звертатися в службу захисту дітей, взаємодіяти із соціальними службами в інтересах дітей. Для цього нами розроблені критерії діагностики медичної занедбаності різного ступеня тяжкості в контексті ВІЛ-інфекції у дітей і алгоритм дій медичних працівників у випадку їх виявлення. Включення їх в стандарти медичної допомоги і

Прогностична значимість чинників ризику неефективності АРТ у ВІЛ-інфікованих дітей

Чинник	Група 1 — неефективна АРТ	Група 2 — ефективна АРТ	Відношення шансів (95 % довірчий інтервал)
	Так/Ні (% Так)	Так/Ні (% Так)	
Вік до 1 року	5/24 (17,2)	16/49 (24,1)	0,6 (0,2-2,0)
Відсутність біологічної матері (сирота, напівсирота, усиновлення, опіка)	0/29	5/60 (7,7)	-
На момент початку АРТ			
IV клінічна стадія ВІЛ-інфекції	7/22 (24,0)	14/51 (21,5)	1,1 (0,4-3,2)
Тяжкий ступінь імунodefіциту	14/9 (60,9)	32/26 (55,2)	1,3 (0,4-3,4)
Вірусне навантаження >6 log	10/8 (55,6)	10/30 (25)	3,7 (1,2-12,1)*
Затримка фізичного розвитку	10/19 (34,5)	25/40 (38,5)	0,8 (0,3-2,1)
Затримка психомоторного розвитку	9/20 (31)	20/45 (30,8)	1,0 (0,4-2,6)
Під час проведення АРТ			
Вірусне навантаження не досягло невизначуваного рівня			
через 6 міс	22/6 (78,6)	22/16 (57,2)	2,7 (0,9-8,1)
через 12 міс	22/2 (91,7)	16/24 (40,0)	16,5 (3,4-80,1)*
Тяжкий ступінь імунodefіциту			
через 6 міс	9/9 (50,0)	20/24 (41,7)	1,2 (0,4-3,6)
через 12 міс	6/12 (33,3)	6/42 (14,3)	3,5 (1,0-12,9)
Токсичні ефекти АРТ	9/20 (31,0)	12/53 (18,5)	1,98 (0,7-5,4)
"Сплески" вірусного навантаження	15/14 (51,7)	8/57 (12,3)	7,6 (2,7-21,6)*
Нерегулярне медичне спостереження у фахівця	8/21 (27,6)	6/59 (9,2)	3,7 (1,1-12,1)*
Недостатня прихильність до АРТ	13/16 (44,8)	5/60 (7,7)	9,75 (3,0-31,4)*

Примітка: * — розходження достовірні.

буде захистом прав ВІЛ-інфікованих дітей у конфлікті автономії особистості батьків і особистості дитини [3, 15, 17].

Принцип соціальної рівності і справедливості особливо гостро стоїть в контексті ВІЛ-інфекції. У сучасній охороні здоров'я одночасно співіснують дві форми справедливості: справедливість у вигляді дотримання закону і справедливість у вигляді рівності усіх членів суспільства у праві на життя, здоров'я, охорону честі і гідності. Необхідне узгодження зазіхань конкуруючих інтересів членів суспільства, що може бути досягнуте при дотриманні принципу рівної волі кожної особистості, принципу рівних можливостей і принципу розходження.

Принцип соціальної рівності і справедливості особливо гостро стоїть у контексті ВІЛ-інфекції. З одного боку, для боротьби зі стигматизацією і дискримінацією ВІЛ-інфікованих людей на глобальному і регіональному рівні були розпочаті активні дії, і це сприяло значному зниженню напруги в суспільстві стосовно людей, що живуть з ВІЛ. З іншого боку, настільки висока активність (у тому числі законодавча) у відношенні одного захворювання виділила ВІЛ-інфекцію з ряду інших соціально значимих захворювань. Особливо гостро це проявляється в умовах лімітованих

державних ресурсів. Пріоритетна трата коштів на ВІЛ-інфікованих пацієнтів обмежує в правах хворих на онкологічні захворювання, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, інші хронічні інфекції. Особливе ставлення до ВІЛ-інфекції, виділення її зі списку інших хвороб, створення окремих законодавчих актів для людей, що живуть із ВІЛ, також можна розглядати як порушення принципу соціальної рівності і справедливості. Можливо, на початковій стадії епідемії таке виділення ВІЛ-інфекції мало своє значення, але згодом його втратило, і в майбутньому це захворювання має зайняти рівне місце серед інших соціально значимих хвороб. Відповідно до принципу рівних можливостей справедливим буде одержання певної частки ресурсів суспільства — обов'язкового мінімуму та додаткового обсягу у відповідності до своєї цінності для суспільства. Однак не можна вважати справедливою систему охорони здоров'я, коли вона не забезпечує доступною і якісною медичною допомогою всіх членів суспільства, хто її потребує. Тому найважливішим завданням на даному етапі є чітке визначення доступного мінімуму якісної медичної допомоги, тобто розробка стандартів медичної допомоги з урахуванням існуючих можливостей системи охорони здоров'я.

Особливості взаємодії різних сфер медико-соціальної служби України стосовно до проблеми ВІЛ-інфекції

У реальній медичній практиці завжди присутні етичні, деонтологічні, юридичні і чисто професійні виміри, які можна відобразити у вигляді чотирьох сфер [10].

Професійна сфера — це знання, вміння і навички з діагностики, терапії, профілактики та реабілітації, у тому числі в галузі психології, міжперсональної комунікації, встановлення позитивних особистих зв'язків із хворим і членами родини, демонстрація прихильності до загальнолюдських цінностей і вияв певних “людських якостей”, які надають медичній професії особливий відтінок. Можна стверджувати, що біоетичною основою професійної діяльності медиків є поєднання гіпократівської і постгіпократівської етики. Коли гіпократівська етика базується на принципах “роби добро” та “не нашкодь”, то основою постгіпократівської етики є принципи поваги особистості та справедливості. Повага особистості регламентує інформовану згоду, конфіденційність, правдиву медичну інформацію, надання адекватної паліативної допомоги та ведення пацієнта, що вмирає. Справедливість включає контроль проведення клінічних досліджень та розподіл медичних ресурсів на мікро- і макрорівні.

Юридична сфера охоплює професійну сферу і включає юридично обов'язкові правила поведінки медичного працівника, принципи і цілі медичного спостереження. Іноді законодавча база носить досить загальний характер і не передбачає можливість індивідуалізації дій відносно конкретного клінічного випадку.

Згідно з основним Законом “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, визначення здоров'я базується на стандартах ВООЗ. Сьогодні, на жаль, реальністю українського медичного простору є схильність населення до самолікування, віра у так звану народну медицину, широке використання нетрадиційних методів, починаючи з лікарських трав і закінчуючи практиками екстра-сенсорного впливу і чаклунськими діями. Така ситуація має змінюватися на основі підвищення медичної свідомості населення в процесі біоетичних дискусій і біоправових ініціатив.

В 1991 р. Україна першою з країн Східної Європи прийняла Закон “Про запобігання захворювання синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальному захисту населення”. У зв'язку з епідемічною ситуацією, що змінюється, і необхідністю приведення законодавства до міжнародних норм у 1998 р. та в 2010 р. були прийняті нові редакції цього Закону. У редакції 2010 р. змінилася назва За-

кону “Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини, і правовому й соціальному захисту людей, що живуть із ВІЛ”. Виключення з назви Закону скорочення “СНІД” обумовлене тим, що масовий доступ до АРТ (починаючи від 2005 р.) дав можливість людям, інфікованим ВІЛ, не мати клінічних проявів тяжкого імунodefіциту [9]. Прийняття Закону, що визначає правове регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, забезпечило ефективну протидію поширенню ВІЛ-інфекції, правовий і соціальний захист людей, що живуть із ВІЛ.

Деонтологічна сфера включає дві попередні сфери і за своєю суттю є екстраюридичною. Вона містить норми, що зафіксовані в національних і міжнародному професійних кодексах. Ці норми регламентують стосунки між співробітниками системи охорони здоров'я, пацієнтом, суспільством у цілому і на відміну від юридичних норм більш деталізовані та можуть бути індивідуалізовані.

Етична сфера є найширшою. Її принципи мають відношення до всіх трьох інших сфер медичної діяльності. Безумовно, професіонал має дотримуватися як юридичних, так і екстраюридичних норм. Але у першу чергу свідомому медичному професіоналу слід враховувати етичні цінності.

Висновок

Історично сформований інтерес до біоетики в Україні визначається рядом причин. Географічне положення України, що розташована між Заходом і Сходом, безсумнівно, впливає на формування наших філософських поглядів на науку в цілому і медицину з біологією, зокрема. Історично наша країна увібрала в себе елементи технократичності Заходу і духовності Сходу. Така гармонійна єдність сприяє гуманізації медицини, розумінню людини як єдності біологічного, психологічного та соціального компонентів. Взаємному проникненню і збагаченню західної і східної культур робить багатогранне співробітництво вищих медичних навчальних закладів України із закордонними медичними університетами в адміністративній, науковій та освітній сферах.

Принципово новому ставленню до здоров'я сприяє перегляд деяких постулатів етики Гіпократа, до яких належать надлишковий патерналізм, відсутність уявлень про права і автономію пацієнта, перевага інтересів лікаря над інтересами хворої людини, корпоративність і релігійний характер кодексу. Трансформація змісту традиційної медичної етики Гіпократа у сучасному філософському і соціокультурному контексті веде до змін у стосунках між пацієнтом і системою охорони здоров'я, особистістю і суб'єктом сучасного біоетич-

ного виміру, що у повному обсязі відповідає за стан свого здоров'я. Біотичні принципи в медицині послаблюють корпоративну владу медичного субполітика в житті суспільства і індивіда та збільшують його відповідальність і персональну участь у рішенні практичних питань, що стосуються здоров'я та благополуччя.

Відтепер, на нашу думку, біоетика ввійшла в новий — нооетичний етап свого розвитку, що відображає її подальшу глобалізацію і інтеграцію з парадигмою біобезпеки і здорового способу життя. Світоглядний і прикладний характер біоетики і ноетики набули величезного значення в рішенні цивілізаційних проблем людства, у тому числі в сфері захисту матері і дитини. Це чітко демонструється на прикладі стратегії протидії перинатальної ВІЛ-інфекції [1, 25].

Розвиток біоетики як глобальної мультидисциплінарної галузі наукових знань відбувається в планетарних координатах переходу біосфери в ноосферу і певною мірою є відображенням і наслідком цієї трансформації. Природно-наукове і філософське значення біосфери і ноосфери найбільш повною мірою було зрозуміле та осмислене академіком В. І. Вернадським — видатним вченим, мислителем і громадським діячем [5]. У сучасному розумінні біосфера (сфера життя) — це оболонка Землі, яка заселена живими організмами і постійно змінюється завдяки цим мікроорганізмам і продуктам їх життєдіяльності. Ноосфера (сфера розуму) — новий сучасний етап еволюції органічного світу, який пов'язаний з появою людини, виникненням і становленням цивілізації, тобто умов, коли розумна діяльність людства стає визначальним фактором розвитку біосфери. Синонімами ноосфери є такі терміни, як “антропосфера”, “психосфера”, “техносфера”, “соціосфера” [12, 27].

На жаль, у новій реальності колишні біоетичні принципи, методи і теорії не будуть досить адекватними та ефективними. В умовах реалізованої ноосфери взаємодії індивідууму або людства в цілому з об'єктами живої та неживої природи

більшою мірою відбуваються не тільки прямим, а й непрямим шляхом через модифіковану біосферу.

Якщо діяльність людини в ноосфері не почне регулюватися новими етичними принципами, то наслідки сучасної ноосферної кризи можуть мати глобальний і незворотний характер. Для збереження всього живого, природи і екосистеми в цілому ця нова етика має стати *нооетикою*, тобто правилами поведінки в ноосфері, які б максимально сприяли глобальним інтересам усіх складових ноосфери: планети Земля, людства і трансформованої ним біосфери. Нооетика має стати одним із численних контрольних механізмів ноосфери, які мають забезпечити її стабільне існування і розвиток. Створення ноетики можна розглядати як важливий результат розвитку біоетики, спрямований на забезпечення виживання людства в цивілізаційному вимірі його існування. Нооетика як вищий ступінь розвитку біоетики має органічно увійти в етику як розділ філософії, стати її невід'ємною і дуже важливою частиною. Нооетика буде сприяти подальшому розвитку медицини і медико-біологічної науки, що дозволяє обґрунтовано називати сучасний період розвитку біоетики нооетичним [12, 27].

Захист і підтримка матері і дитини мають для сучасного людства цивілізоване значення, у тому числі у зв'язку з необхідністю забезпечення біобезпеки і протидії перинатальної ВІЛ-інфекції. Значимість такого інтеграційного підходу підтверджується фактом обов'язковості вивчення біоетичних основ у вищих медичних навчальних закладах України та відображена в національному підручнику В. М. Запорожана, М. Л. Аряєва “Біоетика і біобезпека” [10]. Моніторинг виникаючих при цьому біоетичних проблем світоглядного і прикладного характеру є, на наш погляд, обов'язковою складовою професійної діяльності медичного професіонала, необхідною умовою становлення і розвитку біоправа в Україні, удосконалення деонтологічного кодексу і розвитку біомедичної та філософської етичної думки.

Список використаної літератури

1. Аряев Н. Л., Котова Н. В. Как нам элиминировать ВИЧ-инфекцию у новорожденных Украины // Неонатология, хирургия та перинатальна медицина. — 2014. — № 3. — С. 31-36.
2. Аряев Н. Л., Котова Н. В. Состояние здоровья детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, особенности их медицинского наблюдения в раннем возрасте // Журн. АМН України. — 2007. — 13, № 2. — С. 241-258.
3. Аряев Н. Л., Носкова А. П. Моно- и мультифакторный анализ факторов риска синдрома жестокого обращения с детьми // Современная педиатрия. — 2010. — № 1. — С. 21-23.
4. Аряев М. Л., Котова Н. В., Старець О. О. Біоетичні проблеми при веденні дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2006. — № 5. — С. 5-9.
5. Вернадский В. И. Философские мысли натуралиста. — М.: Мысль, 1988. — 150 с.
6. ВОЗ. Жестокое обращение с детьми // Информационный бюллетень № 150. Август 2010 г. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/ru/index.html>
7. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека. — ЮНЕСКО, 2005 [Електронний ресурс]. — Режим

- доступу: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180r.pdf>
8. Закон України Про Загальнодержавну програму “Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини” на період до 2016 року. 5.08.2009 р. № 1065-VI [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1065-17>
 9. Закон України Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>
 10. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. Біоетика та біобезпека. — К.: Здоров'я, 2012. — 455 с.
 11. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. ВІЛ-інфекція та СНІД: 2 вид. — К.: Здоров'я, 2004. — 804 с.
 12. Запорожан В. Н. Нооетика в етичском кодексе медицины XXI столетия. — Одесса: Одесск. нац. мед. ун-т, 2011. — 168 с.
 13. Запорожан В. Н., Аряєв Н. Л., Котова Н. В. и др. ВИЧ-инфекция в перинатологии. — К.: Здоров'я, 2000. — 187 с.
 14. Котова Н. В. Біоетичні норми і права людини в контексті перинатальної передачі ВІЛ і медичного ведення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками // Інтегративна антропологія. — 2006. — № 2. — С. 29-32.
 15. Котова Н. В. Медицинская запущенность — форма жестокого обращения с детьми // Здоровье ребенка. — 2013. — № 6. — С. 81-84.
 16. Котова Н. В., Грищенко Н. В. Аналіз випадків жорстокого поводження з ВІЛ-інфікованими дітьми та стратегія захисту їх прав // Перинатологія та педіатрія. — 2012. — № 3. — С. 102-105.
 17. Котова Н. В., Грищенко Н. В. Синдром жестокого обращения с ребенком в контексте ВИЧ-инфекции: выявление и алгоритм помощи в стратегии Интегрированного ведения болезней детского возраста // Вопр. практ. педиатрии. — 2014. — № 1. — С. 18-24.
 18. Котова Н. В., Грищенко Н. В. Эффективность антиретровирусной терапии и формирование, оценка, поддержка приверженности лечению ВИЧ-инфицированных детей на уровне неонатальной и первичной медико-санитарной помощи // Педиатрия. Восточная Европа. — 2013. — № 2. — С. 24-31.
 19. Котова Н. В., Грищенко Н. В., Ковалевська К. С. Предиктори неефективності антиретровірусної терапії у ВІЛ-інфікованих у дітей // Перинатологія та педіатрія. — 2013. — № 1. — С. 43-46.
 20. Кундієв Ю., Кисельов М. Біоетика: витоки, стан, перспективи // Вісн. НАН України. — 1999. — № 8. — С. 6-12.
 21. Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Объединенный вариант 2006 г. — ЮНЭЙДС, 2006 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesru.pdf>
 22. Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях. — ВОЗ / ЮНЭЙДС, 2007 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/ru/>
 23. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. — ВОЗ, 1946 г. (с поправками 1984 г., 1994 г. и 2005 г.) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/ru/>
 24. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта. ВМА, 1964 с поправками 1975-2013 гг. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
 25. Gender matters: overcoming gender-related barriers to prevent new HIV infections among children and keep their mothers alive. — UNAIDS, 2014 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/name,100448,ru.asp>
 26. The Gap report. — UNAIDS, 2014 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/name,97466,ru.asp>
 27. Zaporozhan V. N. Nooethics: as modern stage of development of bioethics // Lidership Medica. — 2005. — 21, № 5. — Р. 4-14.

Одержано 9.10.2014

МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКАЯ И АПЛИКАТИВНАЯ ФУНКЦИЯ БИОЭТИКИ В ЗАЩИТЕ И ПОДДЕРЖКЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА НА ПРИМЕРЕ СТРАТЕГИИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В. Н. Запорожан, Н. Л. Аряєв, Н. В. Котова

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, 65082 Одесса

В статье представлена динамическая оценка проблем стигматизации ВИЧ-инфицированных, взаимоотношений медицинских профессионалов и пациентов, этики клинических исследований, соблюдения профессиональной тайны и конфиденциальности. Обсуждаются вопросы автономии личности матери и ребенка, плода как пациента, социального равенства и справедливости в контексте ВИЧ-инфекции. Особое внимание уделено вопросам защиты прав ребенка, профилактики жестокого обращения с ребенком. Показано, что в настоящее время биоэтика вошла в новый нооэтический этап своего развития, что отражает ее дальнейшую глобализацию и интеграцию с парадигмой биобезопасности и здорового образа жизни. Мироззренческий и прикладной характер биоэтики и нооэтики приобрели огромное значение в решении цивилизационных проблем человечества, в том числе в сфере защиты матери и ребенка, что отчетливо демонстрируется на примере стратегии противодействия перинатальной ВИЧ-инфекции.

**WORLD-VIEW AND APPLICATIVE FUNCTION OF BIOETHICS
IN THE PROTECTION AND SUPPORT OF MOTHER AND CHILD
AT THE EXAMPLE OF STRATEGY TO COUNTER PERINATAL HIV-INFECTION**

V. N. Zaporozhan, N. L. Ariayev, N. V. Kotova

Odessa National Medical University Ministry of Health Ukraine, 65082 Odessa

Presented is the dynamic assessment of ideological and applicative bioethical issues related with mother and child protection at the example of control of perinatal HIV infection in Ukraine. Bioethical problems caused by the development of HIV epidemic in Ukraine, particularly, of perinatal HIV-infection, were dynamically identified and assessed based on the results of 17-year clinical experience of health settings of Odessa working within the framework of international cooperation and implementing research projects. Also presented is a dynamic evaluation of problems of HIV-positive patients' stigmatization, relationship between health professionals and patients, ethics of clinical investigations, observance of professional secrecy and confidentiality. Individual autonomy of mother and child, definition of fetus as a patient, social equality and justice in the context of HIV infection are discussed. Particular attention is paid to the protection of children's rights and prevention of child abuse. Currently bioethics has entered a new nooethical stage of its development, reflecting its further globalization and integration with the paradigm of biosafety and healthy lifestyle. Worldview and applicative nature of bioethics and nooethics has acquired great importance in solving the problems of mankind civilization, including those of mother and child protection, which is clearly demonstrated at the example of strategy to counter perinatal HIV infection.