



თავარ ჩაჩიზაია

**«საქედინცინო-გიოლოგიური ექსპერი-
მენტების ეთიკურ-სამართლებრივი
რეგლამენტაცია»**

უინაარსი

ჯანმრთელობის უფლება ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებათა
კონტექსტში - მენეიერების, მადინცინის და ეთიკის მიღწევის
საფუკველზე

საქედინცინო-გიოლოგიური ექსპერიმენტების ისტორია

ისტორიის მწარე გაკვეთილები - ბიოსაქედინცინო ექსპერიმენტების
საპარცხვინო «იუბილე»

საქედინცინო-გიოლოგიური ექსპერიმენტების ეთიკურ-სამართლებრივი
რეგლამენტაცია

თანამედროვე მენეიერების მიღწევა და მენეიერთა პასუხისმგე-
ბლობა - «კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომადინცინის
უინანზე»

ცხოველებზე ჩატარებული ექსპერიმენტების ეთიკური პრობლემები

ეთიკური კოვიტეტები:

უქმენის ისტორია, კირითადი მიმართლებები და
მოღვაწეობის პრობლემები

ეთიკური კოვიტეტების ისტორია

დასკვნა

ადამიანებზე კლინიკური კვლევების და საქედინცინო-გიოლოგიური
ექსპერიმენტების ჩატარების ეთიკური წესები



თავარ ჩაჩიზაია

**საქედინცინო-
გიოლოგიური
ექსპერიმენტების
ეთიკურ-
სამართლებრივი
რეგლამენტაცია**

თბილისი
2006

თამარ ჩაჩიბაია

თამარ ჩაჩიბაია

**«სამედიცინო-ბიოლოგიური
ექსპერიმენტების ეთიკურ-
სამართლებრივი
რეგლამენტაცია»**

**«სამედიცინო-ბიოლოგიური
ექსპერიმენტების ეთიკურ-
სამართლებრივი
რეგლამენტაცია»**

2006

წიგნის გამოცემის ექსკლუზიური უფლება აქვს
„ჯანდაცვის სფეროს სამართლებრივ-მედიცინურ
ჯგუფს“. ამ წიგნის მასალების ნაწილობრივ ან
მთლიანად გამოყენება აკრძალულია ავტორისა
და გამომცემლის ნებართვის გარეშე.

ISBN 99928 878 4 2

თბილისი
2006

© თამარ ჩაჩიბაია, 2006

© „ჯანდაცვის სფეროს სამართლებრივ-მედიცინურ
ჯგუფი“.

სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტების ეთიკურ-სამართლებრივი რეგლამენტაცია

ჯანმრთელობის უფლება ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებათა კონტექსტში – მეცნიერების, მედიცინის და ეთიკის მიღწევათა საფუძველზე

ჩვენი საზოგადოება კიდევ ერთი სოციალური რევოლუციის – მეცნიერული რევოლუციის – ეპოქაში ცხოვრობს. უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში კაცობრიობამ მეცნიერებაში უფრო მეტ პროგრესს მიაღწია, ვიდრე წინამორბედ ხუთ საუკუნეში. მას შემდეგ, რაც პოსტინდუსტრიული ეპოქა შეცვალა მეცნიერულმა – უახლესი მეცნიერული ცოდნა ახალ შესაძლებლობებს, ახალ გარემოებებს ქმნის, ისეთებს, რომლებიც ადრე არასოდეს წარმოქმნილა. ასე, რომ გადაწყვეტილების მიღებაც ახლებურ მიდგომას და თვალთახედვას მოითხოვს. მეცნიერება და უახლესი ტექნოლოგიები განუყოფელი გახდა თანამედროვე საზოგადოების არსებობისაგან.

მიმდინარე ათწლეულის განმავლობაში მსოფლიო პრაქტიკაში ადამიანის უფლებების დაცვის დამკვიდრებისას მოცულობით ყველაზე მეტი წილი უკავია იმ უფლებებს, რომლებიც რეალიზდება (ან არ რეალიზდება) ბიომედიცინის სფეროში. პირველ ყოვლისა, ამ სფეროს განეკუთვნება იმ რიგის პრობლემები, რომლებიც წარმოიქმნება სწორედ მაშინ, როცა ადამიანი პაციენტის როლში აღმოჩნდება და ექიმის პირისპირ რჩება, ანუ ზოგადად მთელი ჯანდაცვის სისტემის პირისპირ.

ეს სფერო აგრეთვე მოიცავს ადამიანის უფლებების და ღირსებების დაცვას, როცა მასზე ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება შეიძლება გახდეს საჭირო. (გენური ინჟინერია, ტრანსპლანტოლოგია, ხელოვნური განაყოფიერება). რეალურ პრაქტიკაში ძნელია გაიმიჯნოს ზღვარი ჩვეულებრივ სამედიცინო დახმარებასა და მაღალი ტექნოლოგიებით აღჭურვილ მედიცინას შორის, ვინაიდან თანამედროვე სამედიცინო პრაქტიკა მჭიდროდ არის დაკავშირებული ადამიანებზე სამეცნიერო ექსპერიმენტებთან და

მათზე ახალი სამკურნალო საშუალებების და სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოცდასთან. უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველი ახალი სამკურნალო საშუალება, ყოველი ახალი მეთოდი, მანამ, სანამ მათი გამოყენება ოფიციალურად დაიშვება ქვეყანაში, გამოიცდება ასობით და ათასობით პაციენტზე. ყოველი ასეთი გამოცდა მცირე, ან დიდი რისკის მატარებელია, მითუმეტეს, რომ გამომცდელსა და გამოსაცდელს სხვადასხვა მიზნები აქვთ. მაშინ, როცა პირველსთვის ეს არის ახალი ცოდნის შექმნა, მეორისთვის – ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაა, რაც ობიექტურად არსებული ინტერესების კომფლიქტია.

თანამედროვე მედიცინის მიღწევები საშუალებას იძლევა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ჩარევა მოხდეს ადამიანის რეპროდუქციის პროცესებზე, ფსიქიკაზე, გენებზე და თვით სიკვდილის პროცესზეც კი. არც თუ უსაფუძვლოდ მიიჩნევენ, რომ მრავალი სამედიცინო ზემოქმედება აგრესიულია. ასე, რომ ადამიანებს ესაჭიროებათ ახალი, დამატებითი დაცვის საშუალებები და მექანიზმები.

ჩვენს ქვეყანაში ადამიანის უფლებები ბიომედიცინის სფეროში პოპულარული ხდება, თუმცა, არც თუ დიდი ხნის წინ მეტი ყურადღება ეთმობოდა ადამიანის ისეთ უფლებებს, როგორებიცაა სოციალურ-ეკონომიკური, სამოქალაქო და პოლიტიკური. ამავე დროს, ბიოსამედიცინო პრაქტიკაში განხორციელებას ჰპოვებს ფუნდამენტური, სასიცოცხლო მნიშვნელობის ადამიანის უფლებები. ამ უფლებებს განეკუთვნება ისეთები, როგორებიცაა, სიცოცხლის, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური სიჯანსაღის დაცვის, ადამიანური ღირსების და პატივის შენარჩუნების უფლებები, რომლებიც ვრცელდება არა მარტო მოზრდილ ადამიანზე, არამედ ჩანასახზეც და გარდაცვლილ ადამიანზეც, რომლებსაც ხშირად მიიჩნევენ, როგორც საშუალებას პრეპარატების დასამზადებლად, ან ტრანსპლანტაციისთვის.

ამასთანავე, გადასაჭრელია ისეთი საკითხები, როგორებიცაა ხარისხიანი სამედიცინო დახმარების მიღება, აგრეთვე, სოციალური თანასწორუფლებიანობის და სამართლიანობის მიღწევა ყველა სოციალური ჯგუფისათვის ჯანდაცვის სფეროში.

ბოლო წლებში მრავალ ქვეყანაში და, მათ შორის ჩვენთანაც, სწრაფად, თვისობრივად იცვლება ურთიერთდამოკიდებულებების ხასიათი ექიმსა და პაციენტს შორის. ამ ცვლილებების არსი მდგომარეობს ე.წ. პატერნალისტური დამოკიდებულების შეცვლაში. პატერნალისტური ურთიერთობის სანაცვლოდ მკვიდრდება მოდელი, რომელიც დაფუძნებულია ურთიერთთანამშრომლობაზე, რომლის დროსაც შესაძლებელია დიალოგის არსებობა პაციენტსა და ექიმს შორის, როგორც თანასწორუფლებიან პარტნიორებს შორის, ამასთანავე, პაციენტი აღიქმება, როგორც დამოუკიდებელი, ავტონომიური პიროვნება. პაციენტს გააჩნია განსაკუთრებული უფლებები, რომელთა დარღვევაც მორალურად გაუმართლებელია, ზოგჯერ იურიდიულადაც.

პაციენტების მხრიდან ექიმების მიმართ მოთხოვნილებების გაზრდის შედეგია ის, რომ ხშირად სასამართლოში წყდება დაზარალებული პაციენტის მატერიალური და მორალური ზარალის ანაზღაურების საკითხი. გარდა სამართლებრივისა, წარმოიქმნება ხნობრივი პრობლემები ბიოლოგიასა და მედიცინაში მეცნიერული მიღწევების განვითარებასთან ერთად.

1965-1980 წლები აღინიშნა ნახტომისებური მიღწევებით ბიოლოგიასა და მედიცინაში მეცნიერული და მეთოდოლოგიური კუთხით. ამ დარგში ნამდვილი რევოლუცია მოხდა. ზოგადად ეს მიღწევები დადებით ხასიათს ატარებდნენ, თუმცა მათვე წარმოშვეს ახალი ხნობრივი პრობლემები და ზოგჯერ გადაუჭრელებიც. მეოცე საუკუნის ბოლოს კაცობრიობამ გააცნობიერა, რომ მაღალხნობრივი მორალის და ეთიკური ნორმების გარეშე შეუძლებელია არსებობა.

ბიოეთიკის, ანუ ბიოსამედიცინო ეთიკის განვითარება სწორედ იმ პერიოდიდან დაიწყო მთელ მსოფლიოში. ბიოეთიკა არა მარტო პრობლემური საკითხების შესწავლით არის დაკავებული, რომლებიც წარმოიშვება პრაქტიკულ მედიცინაში ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენებისას, არამედ მათი გადაჭრის გზების და საშუალებების ძიებით და შემუშავებით. მართალია, ბიოეთიკის ერთ-ერთ მთავარ მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო ასპექტები,

ამავე დროს იგი მულტიდისციპლინარული ხასიათისაა და არ არის მხოლოდ ექიმთა პროფესიული კორპორაციული ეთიკა.

ბიოეთიკის პრობლემები გამოკვეთილად მულტიდისციპლინური ხასიათის მატარებელია. მასში ჩართულნი არიან ექიმები, ფილოსოფოსები, სამართალმცოდნეები, რელიგიური მოღვაწეები, ფსიქოლოგები. საზოგადოებრივი, მეცნიერული და რელიგიური შეხედულებების განზოგადებით, ნაციონალური თავისებურებების, ტრადიციების გათვალისწინებით ისინი ქმნიან მორალური პრინციპების, ნორმების და წესების ერთობლიობას, რომელთაც იცავენ თავიანთ პროფესიულ მოღვაწეობაში. მათგან ყველაზე მნიშვნელოვანნი დაფიქსირებულია შესაბამის საკანონმდებლო აქტებში, გამომხაურებას კპოვებენ საერთაშორისო კონვენციებში, დეკლარაციებსა და ქარტიებში. ეს პრინციპები, ნორმები და წესები დროთა განმავლობაში იცვლებიან საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიური პირობების, აგრეთვე, სახელმწიფო პოლიტიკის, საზოგადოებრივი აზრის ცვლილებებთან ერთად.

საექიმო ჩარევების დიაპაზონი, ანუ როგორც ამჟამად მიღებულია, სამედიცინო ტექნოლოგიები განუსაზღვრელად გაფართოვდა, შესაბამისად, გაიზარდა პაციენტებისთვის სარგებლობაც. მაგრამ ამასთან ერთად გაიზარდა რისკიც. თვითონ ექიმისაგან პაციენტისთვის რისკსა და სარგებლობას შორის თანაფარდობის განსაზღვრა ხშირად გაძნელებულია. ტრადიციული გადაწყვეტილებები მოძველებულია, ან არასაკმარისი. ასე, რომ ბიოეთიკა თანამედროვე ეტაპია და მისი მიზანია მედიცინის ახალი შესაძლებლობების გააზრება, ბიომედიცინის ჰუმანიზაციის გზების ძიება, სამართლიანობის მიღწევა. საზოგადოება და მისი თითოეული წევრი დაინტერესებულია, რომ ყველაზე მთავარი ბიოეთიკური პრინციპების დაცვის რეგულაცია და კონტროლი კანონით ხდებოდეს. იგივე ინტერესი ამოძრავებს სამედიცინო საზოგადოებასაც, ვინაიდან ბიოეთიკური პრინციპების დაცვა ხელს უწყობს სამედიცინო მეცნიერების და ჯანდაცვის სისტემის ავტორიტეტის გაზრდას და გადააქცევს მას პრიორიტეტულად. ამავე დროს, იზრდება პასუხისმგებლობის ხარისხიც მკვლევარების, ექიმების მხრიდან, თანაც უფრო

მეტად არის დაცული უფლებები და ღირსება ყველა მონაწილე მხარის, პაციენტის ჩათვლით.

უშუალო პირველწყაროს იმ პრობლემებისა, რომლებიც ბიოეთიკაში განიხილება, წარმოადგენს ბიოსამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების უსწრაფესი განვითარება, რაც ასე დამახასიათებელია XX საუკუნის ბოლო მესამედისათვის. მეოცე საუკუნის 70-იან წლებში ბიოეთიკა გადარჩენის საშუალებად იქცა იმ ადამიანებისათვის, რომელნიც თვითონ არ იყვნენ დაკავებულნი მედიცინით და კვლევებით, მაგრამ აღმოჩნდნენ რისკის და უარყოფითი შედეგების პირისპირ, რომლების გაკონტროლებაც ექიმებსა და მკვლევარებს ან არ შეეძლოთ, ან არ უნდოდათ. მართალია, ექიმები დახურულ კარს მიღმა ერთმანეთში განიხილავდნენ და წყვეტდნენ კერძო ხასიათის მორალურ და დეონტოლოგიურ პრობლემებს, რომლებიც პროფესიული მუშაობის დროს წარმოექმნებოდათ, მაგრამ მედიცინის და ბიოლოგიის უსწრაფესმა განვითარებამ წარმოშვა ახალი საკითხები, რომლებიც არა მარტო ექიმებსა და მკვლევარებს ეხებოდათ, არამედ ყველა ადამიანს. მედიცინა, რომელიც საუკუნეების განმავლობაში ქრისტიანული პროფესია იყო და ქადაგებდა პუმანური და მოწყალე დამოკიდებულების მაღალ იდეალებს პაციენტის მიმართ, სულ უფრო მეტად იხვეწება ტექნიკური გაგებით. ამჟამად სამედიცინო მეცნიერებას შეუძლია გადაჭრას პრაქტიკულად ყველა ავადმყოფობის პრობლემა. მეცნიერული კვლევებით და პროგრესით გატაცებამ ექიმები დააშორა პაციენტს, გაჩნდა ახალი სახის პრობლემები, განსაკუთრებით ზნეობრივი.

უცნაურია, რომ სწორედ ის, რაც ჩაფიქრებულია და კეთდება ადამიანის ტანჯვის შესამსუბუქებლად, მისი სიცოცხლის გასახანგრძლივლებლად და გასაუმჯობესებლად, პრობლემების მიზეზი ხდება. უახლეს ისტორიაში უამრავი მაგალითია იმისა, თუ როგორ აბნევს ადამიანებს სირთულეების და პრობლემების ლაბირინთებში ახალი ცოდნა და ახლებური ქცევა. ეს პრობლემები, როგორც წესი, საზოგადოებაში იწვევენ სერიოზულ დისკუსიებს და ურთიერთდაპირისპირებას. მათი გადაწყვეტის დროს ადამიანები ხელმძღვანელობენ არა მარტო რაციონალური არგუმენტებით, არამედ ტრადიციებითაც, ფასეულობებით და ბოლოს ემოციებით. პრო-

ბლემების გადაწყვეტის ძიების გზები – არა მხოლოდ სპეციალისტების ვიწრო წრისთვის არის ხელმისაწვდომი. ბიოეთიკა, როგორც კვლევის სფერო, როგორც ასპარეზი საზოგადოებრივი დისკუსიებისა და მორალური გადაწყვეტილებებისთვის, ჩვენს ქვეყანაში პირველ ნაბიჯებს დგამს.

ბიოეთიკისთვის ზედმიწევნით დამახასიათებელია თანამედროვე ბიომედიცინის მორალური და სამართლებრივი პრობლემების განხილვა მულტიდისციპლინურ პერსპექტივაში, ვინაიდან ეს პრობლემები უშუალოდ ეხება არა მხოლოდ ექიმებს, არამედ მათაც, ვინც ადრე თუ გვიან პაციენტის როლში აღმოჩნდება. აქედან გამომდინარეობს, რომ სწორი გადაწყვეტილებების მიღება ბიოეთიკაში დიალოგის საფუძველზე უნდა მოხდეს, ერთის მხრივ, პროფესიონალებს, ანუ მეცნიერებსა და, მეორე მხრივ, არაპროფესიონალებს, ანუ მთლიანად საზოგადოებას შორის.

სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტების ისტორია

ექსპერიმენტული მედიცინის ისტორია რამდენიმე ეტაპად იყოფა. პირველი ეტაპი უკავშირდება ძველი ბერძენი ექიმისა და მეცნიერის პარაცელსისუსის მოღვაწეობას, რომელიც ცხოვრობდა ძველი და ახალი წელთაღრიცხვის მიჯნაზე. იგი აყენებდა საკითხს: დასაშვებია თუ არა ექსპერიმენტირება ადამიანზე და, საერთოდ, ცოცხალ არსებაზე. იგი მიიხნევდა, რომ წმინდა სამეცნიერო თვალთახედვით ექსპერიმენტები არასასურველია, ვინაიდან წამება, რომელსაც განიცდის საცდელი არსება, ამახინჯებს ნორმალურ სასიცოცხლო მოვლენებს.

სხვა ანტიკური მოღვაწენი, მათ შორის ერაზისტრაცი, ასეთი სახის საკვლევ მცდელობებს ახორციელებდნენ მონებსა და ცხოველებზე (ძვ. წ. III ს.).

ისტორიულად ცნობილია XVI საუკუნის ფაქტი, როცა საფრანგეთის მეფეს ჰენრი II-ს რაინდთა შეჯიბრებისას შუბით თვალი დაუზიანდა, სასახლის ექიმებმა ასეთივე ჭრილობა გამიზნულად მიაყენეს ოთხ ტუსადს, რათა შეესწავლათ დაზიანება. ანდრეას ვეზალიუსი (XVII ს) ანატომიურ გამოკვლევებს ყოველთვის ამოწმებდა ცოცხალ ცხოველებზე

ჩატარებული ცდებით. თანაც, თავის საქმიანობაში რელიგიურ დოქტრინას იმოწმებდა, თითქოს ვივისექცია დასაშვებია უსულო და უტყვე არსებებზე. ის აღნიშნავდა, რომ მიუხედავად ადამიანისა და ცხოველის ტვინის გარეგნული მსგავსებისა, მეცნიერების შესაძლებლობები იზღუდება მხოლოდ ვივისექციის გამოყენებით. XIX საუკუნის ბოლოს დიდ ბრიტანეთში მიიღეს მსოფლიოში პირველად კანონი ექსპერიმენტული ცხოველების დასაცავად, რომლითაც რეგლამენტირდებოდა მათთან მუშაობა, ასევე სავალდებულო გახდა ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების გამოყენება.

ანტიკური და შუა საუკუნეების ისტორიული წყაროები გვამცნობენ, თუ რამდენად მძაფრად აღიქვამდნენ იმ დროის ექიმები საკუთარი ცოდნის გაღრმავების შეზღუდულ შესაძლებლობებს, როგორც ავადმყოფობის არსზე, ასევე მისი მორჩენის პერსპექტივებზე. XVII საუკუნის ბოლოს ექიმი დე სორბიე წერდა, რომ მედიცინა „საკმაოდ არასრულყოფილი მეცნიერებაა, რომელიც დიდ განსჯას საჭიროებს, მისი არსის გააზრებისთვის“. ის ასევე ორჭოფობდა, ღირდა თუ არა სიმართლის თქმა პაციენტისთვის მისი ავადმყოფობის შესახებ, ვინაიდან იგი მიიჩნევდა, თუ პაციენტი სრულად მინდობილია მკურნალი ექიმის ნებაზე, ეს მკურნალობის პროცესის მიმდინარეობასაც განსაზღვრავს.

ანტიკურ და შუა საუკუნეების ეპოქაში ეს პრობლემა წყდებოდა ავტორიტარული დამოკიდებულებით „ექიმი - პაციენტი“ სისტემის მიმართ, როცა ამ უკანასკნელისგან მოითხოვენ უსიტყვო მორჩილებას. ამ დამოკიდებულების სადემონსტრაციოდ ასეთი ორი ციტატაც კმარა: „იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტი ურჩობს, მისი მკურნალობაზე ხელი უნდა აიღოთ“; „ქირურგი გამოჯანმრთელებას იმ შემთხვევაში უნდა დაპირდეს პაციენტს, თუ ის უსიტყვოდ დაემორჩილება ქირურგს“.

თანამედროვე ეპოქაში, სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტების ჩატარება ადამიანებზე, მათ შორის ტვინზე გამოკვლევებიც, შესაძლებელი გახდა უმკაცრესი ეთიკური-ურიდიული კონტროლის გამოყენებით. თანამედროვე

ექსპერიმენტული მედიცინის ერთ-ერთი ფუძემდებელმა კ. ბერნარმა ალბათ პირველმა წამოაყენა დამოუკიდებელი სახით საკითხი, რომ ეთიკურად მიუღებელია წმინდა სამეცნიერო კვლევების ჩატარება ადამიანებზე. 1896 წელს თავის განთქმულ „ექსპერიმენტული პათოლოგიის ლექციებში“ იგი წერდა: „ჩვენს დროში ეთიკა სამართლიანად გმობს ადამიანზე განხორციელებულ ნებისმიერ ცდებს, რომლებსაც ვნების მიყენება შეუძლიათ პაციენტისთვის, ან მიზნად არ ისახავენ პირდაპირ სარგებლობას. ექსპერიმენტირება გვიხდება ცხოველებზე, ვინაიდან ჩვენ უფლება არა გვაქვს ოპერაცია ჩავატაროთ ადამიანზე“. კ. ბერნარი მრავალჯერ დაუბრუნდა ამ თემას: იგულისხმება ექსპერიმენტული ფიზიოლოგიის მეთოდები, როცა გამოკვლევისას დასაშვები იყო ცხოველის დაღუპვა, იგი სრულიად საფუძვლიანად უარყოფდა ადამიანებზე ჩატარებულ სამედიცინო ექსპერიმენტებს, როგორც საექიმო ეთიკიდან გამომდინარე, ასევე, მეცნიერების სოციალური დანიშნულების პროზიციის მხრიდანაც. „ჩვენ არ შეგვიძლია ავადმყოფებზე ექსპერიმენტირება, რომლებიც თავს ჩვენ გვანდობენ, მათი სიცოცხლის ხიფათში ჩაგდება განკურნების სანაცვლოდ... მეცნიერება უპირველესად ადამიანის სიცოცხლეს უნდა აფასებდეს“. თუმცა, უკვე XIX საუკუნის დასასრულს ნათელი გახდა, რომ სამეცნიერო-კვლევითი მოღვაწეობის ზრდასთან ერთად კ. ბერნარის თვალთახედვა, (კერძოდ, ცხოველებზე ექსპერიმენტები დასაშვებია, ხოლო ადამიანებზე კი არა) მართალია, მომხიბვლელად უღერს, მაგრამ მეტისმეტად სწორხაზოვანია. ა. მოლი ფუნდამენტური ნაშრომის „სამედიცინო ეთიკის“ ავტორი (ს.პეტერბურგი 1903წ), გამოყოფს აღნიშნული პრობლემის შემდეგ მომენტებს. სამედიცინო გამოკვლევებისას ისეთი მოვლენა, როგორცაა მაგალითად, თმის ან სისხლის აღება მიკროსკოპიული გამოკვლევისთვის, არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს ეთიკური კუთხით. ადრე თუ გვიან სამეცნიერო სიახლეები გამოყენებული იქნება პირველ პაციენტზე (ან პაციენტებზე). ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის თანხმობის საკითხი მასზე განსახორციელებელ სამედიცინო ცდებზე. ვინაიდან, ასეთი თანხმობის მიღება

გულისხმობს განვითარების გარკვეულ დონეს, უმჯობესია ამ ცდების ჩატარება ინტელექტუალურ ადამიანებზე, განსაკუთრებით კი ექიმებზე. ადამიანებზე ჩატარებული სამედიცინო ცდები, როცა დარღვეულია ეთიკური და იურიდიული მოთხოვნები, სამართლიანად იგმობა საზოგადოების მხრიდან, ასევე, სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენლების უმრავლესობის მიერ. პირველი სპეციალური ეთიკურ-იურიდიული ვერდიქტი გამოიცა პრუსიაში 1900 წელს და ეს იყო ბრძანება, რომელიც შეიცავდა ინსტრუქციებს საავადმყოფოების ღირეპქტორებისთვის.

აღნიშვნის ღირსია, რომ ადამიანებზე ჩატარებული გამოკვლევები არა მარტო ექიმების ინტერესს აღძრავდნენ, არამედ პაციენტებისასაც. თუმცა, მოსალოდნელი სახელის, დიდების, წოდებისა და, შესაბამისად, ეკონომიური მდგომარეობის გაუმჯობესების პერსპექტივა ექიმებისთვის უფრო მიმზიდველია, ვიდრე პაციენტებისთვის.

კლინიკის პირობებში კვლევითი მოღვაწეობის ორი სახეობა ერთმანეთისგან მკვეთრად უნდა გაიმიჯნოს: გამოკვლევები და სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, ვინაიდან, როცა პაციენტი ექიმს მიმართავს, სწორედ დახმარებას მოელის მისგან, და არა იმას, რომ მას მოუწვევს გამოსაცდელის როლში ყოფნა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, საჭიროა კლინიკური პრაქტიკის განცალკევება ისეთი მოღვაწეობისგან, რომელიც მიმართულია ახალი ცოდნის შექმნაზე. ამის სანაცვლოდ კი, არსებული რეალობა ძალიან ბუნდოვან საზღვრებს სახავს ამ ორი სახის მოღვაწეობას შორის. იმ პირობებში, როცა მეცნიერული მოღვაწეობა მჭიდროდ არის გადაჯაჭვული სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის პრაქტიკასთან, კიდევ ერთი ეთიკური საკითხი წარმოიშვება: განსხვავებულია თუ არა ექიმის მოვალეობები გამოსაცდელთან და პაციენტთან მიმართებაში? ეს საკითხი იშვიათად წარმოიშვებოდა, ვინაიდან მეცნიერებაში დამკვიდრებული ტრადიციის თანახმად ე.წ. „ობიექტური ცოდნის“ ძიებაში დამახასიათებელი იყო „სუბიექტების ობიექტივირების“ საშიშროება, რაც ძალიან ახლოს არის ანტიკური ეპოქის სამედიცინო ტრადიციებთან, რომლისთვისაც

ნიშანდობლივი იყო ექიმის ავტორიტარული დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ, ე.ი. ამ უკანასკნელის „ობიექტივირება“. ნათელია, რომ ორივე ტრადიცია პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის პაციენტის-გამოსაცდელის პიროვნების პატივისცემას, მისი კერძო ინტერესებისა და საკუთარი უფლებების აღიარებას.

ვითარების შეცვლა მხოლოდ მეოცე საუკუნის 60-იან წლებიდან დაიწყო. ჯერ ამერიკის შეერთებულ შტატებში, შემდეგ კი დასავლეთ ევროპაშიც ადამიანის უფლებების დაცვისთვის მოძრაობამ მოიცილა სამედიცინო ექსპერიმენტების პრაქტიკაც. ბოლო წლებში, ამერიკაში უკვე შესაძლებელი გახდა, მაგალითად, კომპენსაციის ანაზღაურება მათთვის, ვინც რამოდენიმე ათწლეული წლის წინ ჩატარებული არაჰუმანური ექსპერიმენტის მსხვერპლი გახდა. ერთ-ერთი პრეცედენტი, ომის შემდგომი ექსპერიმენტები ადამიანზე რადიაციის ზემოქმედების შესასწავლად, რომელიც შეისწავლა სპეციალურმა საპრეზიდენტო კომისიამ.

არსებობს ექსპერიმენტების ჩატარების პრაქტიკულად გამომუშავებული და გამყარებული ქცევის ნორმები, ასევე მექანიზმები და სტრუქტურები, რომლებიც საკმაოდ მკაცრად აკონტროლებენ ამ ნორმების დაცვას. გამოსაცდელის საგაღდებულო, დოკუმენტურად დასაბუთებული ინფორმირებული თანხმობის მოთხოვნის გარდა ასეთი კონტროლის ცენტრალურ რგოლად გადაიქცა, პირველ რიგში, დამოუკიდებელი ეთიკური კომიტეტები, რომლებიც იქმნება იმ სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებებში, რომლებიც ატარებენ გამოცდებს ადამიანებსა და ცხოველებზე. ასეთი კომიტეტის თანხმობის გარეშე, ანუ სპეციალური ეთიკური ექსპერტიზის გარეშე არც ერთ კვლევით პროექტს არ ექნება დაფინანსება. მეორეს მხრივ, სამეცნიერო ჟურნალების პოლიტიკის თანახმად ისინი გამოსაცემად არ იღებენ სტატიებს, თუკი არ არის ნათელი, რომ ჩატარებული კვლევები ეთიკური ნორმების ზუსტი დაცვით არის განხორციელებული. შესაბამისად, კვლევები, რომლებიც ეთიკურ-სამართლებრივი დარღვევებით წარიმართა, უბრალოდ კარგავს სამეცნიერო სტატუსის მიღების შესაძლებლობას. თუმცა, იმის გამო, რომ ადამიანებსა და

ცხოველებზე ჩატარებული ექსპერიმენტები მოიცავენ არა მარტო ტექნიკურ სპეციალურ მხარეს, არამედ გარდაუვალ მორალურ ასპექტებსაც - გამოსაცდელის რისკი, მისთვის ზიანის მიყენების ალბათობა, ცხოველისთვის მიყენებული ტკივილი - კომპლექსურად უნდა შეფასდეს, თუ რამდენად დასაშვებია. ასევე გასათვალისწინებელია, არა მარტო მეცნიერების ინტერესები, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, თითოეული ადამიანის კეთილდღეობა და ინტერესები.

ისტორიის მწარე გაკვეთილები - ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების სამარცხვინო „იუბილე“

1947 წლის 20 აგვისტოს მუშაობა დაამთავრა ნიურნბერგის ტრიბუნალმა. (მიხეილ კვესელავას „ას ერგასის დღე“ ამ მოვლენების ანთოლოგია).

ფაშისტური დანაშაული აღმოჩნდა თავისებური სოციალური ექსპერიმენტი, რომლის იდეოლოგიაც გახდა ადამიანის უფლებების იდეის „კონცეპტუალური ათვალწუნება“. გაეროს მიერ ომის შემდეგ მიღებული „ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია“ (1948 წ) გახდა მთელი კაცობრიობის თვითშეგნების გამოსატვა, რომელთაც გადაიტანეს საკუთარი განადგურების რეალური მუქარა. დეკლარაცია საერთაშორისო სამართლის უმთავრესი დოკუმენტი გახდა, რომელიც აპელირებს პიროვნების უფლებებისა და თავისუფლების იურიდიული გარანტიებით.

ამ პროცესიდან 50 წლის შემდეგ 1997 წელს ეს თარიღი აღინიშნა მრავალი კონფერენციითა და ყრილობით, რომლებიც მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში ჩატარდა; მიედღვნა არაერთი წიგნი და სტატია, ტელე და რადიოგადაცემა. ამ აქციების ძირითად ლეიტმოტივად იქცა საკითხი, თუ რამდენად სერიოზულად გააცნობიერა კაცობრიობამ ნიურნბერგის ტრიბუნალის მწარე გაკვეთილები. განვლილ ნახევარ საუკუნეში განვითარებულმა მოვლენებმა განაპირობეს ის, რომ ისინი განსაკუთრებული სიმწვავეით სწორედ ამჟამად აღიქმება.

თუმცა ბევრმა იცის იმ არაადამიანური სისატიკის შესახებ,

რომელსაც სწადიოდნენ ნაცისტურ საკონცენტრაციო ბანაკებში ყველაზე ჰუმანური პროფესიის წარმომადგენლები, თანაც ერთ-ერთი უმდიდრესი კულტურული ტრადიციების მქონე ერის შვილები. თითქოს ეს ყველაფერი შორეულ წარსულს ეკუთვნის და აღარაფერი აკავშირებს ამჟამინდელ რეალობას. მაგრამ, თანამედროვე მოვლენები ისე წარიმართა, რომ ახალი ტექნოლოგიების განვითარებამ კაცობრიობას ახალი თავსატეხი გაუჩინა. კლონირება, სინჯარის ბავშვები, ემბრიონის უფლებები, გენური ინჟინერია, ეუთანაზია – აი, ის არასრული ჩამონათვალი პრობლემებისა, რომლის გადაჭრასაც კაცობრიობა ცდილობს ახალი ბიოეთიკური ნორმების დამკვიდრებით. თუმცა რელიგიურ დოქტრინასაც აქვს თავისი მყარი არგუმენტები, რომლებიც დაპირისპირების საფუძველს ქმნის საზოგადოებასა და მედიცინის წარმომადგენლებს შორის. საუკუნეების განმავლობაში დამკვიდრებული სისხლსა და ხორცში გამჯდარი ჰიპოკრატესეული საექიმო ეთიკა უძღური აღმონდა 21-ე საუკუნის დილემების გადასაწყვეტად. საკითხავია, გაუძღვებს კი ბიოეთიკის ისტორია საუკუნეებს, თუ ერთ-ერთ გარდამავალ ეტაპად იქცევა რაიმე უფრო ფასეულის ძიების გზაზე. ამას დრო გვიჩვენებს. თანამედროვე პოსტინდუსტრიულ მეცნიერულ ეპოქაში ნიურნბერგის გადაფასება თავიდან უნდა მოხდეს, რათა კაცობრიობის მიერ გაღებულ უპრეცედენტო მსხვერპლს ღირსეული შეფასება მიეცეს.

ნიურნბერგის ტრიბუნალზე მსჯავრდებული იყო 23 წამყვანი გერმანელი მეცნიერი ექიმი. მათ შორის ჰიტლერის პირადი ექიმი და ჯანდაცვის და სანიტარიის კომისარიატის მეთაური კარლ ბრანდტი, ამავე კომისარიატის კვლევითი განყოფილების ხელმძღვანელი, სამედიცინო სკოლის დეკანი და ბერლინის უნივერსიტეტის ქირურგიული განყოფილების უფროსი პაულ როსტოკი, ჰიმლერის პირადი ექიმი, გერმანიის წითელი ჯვრის ორგანიზაციის პრეზიდენტი კარლ გეხარდტი, ონკოლოგიური კვლევების კოორდინატორი რეიხის კვლევით საბჭოში კურტ ბლომე და სხვები. პროცესის მსვლელობისას, რომელმაც 10 თვეს გასტანა, ყველას წაუყენეს ბრალდებები სამხედრო და კაცობრიობის წინააღმდეგ დანაშაულებებში.

მოსამართლეები და ბრალმძებლები შოკირებულნი იყვნენ იმ გაუგონარი წინასწარ დაგეგმილი სისასტიკის ფაქტებით, რომლებიც ექიმების მიერ ადამიანებზე ჩატარებულ ექსპერიმენტებს ეხებოდა. მრავლრიცხოვანი მოწმეების ჩვენებები, რომლებიც მხეცური ექსპერიმენტების მსხვერპლად იქცნენ, ასევე ექსპერიმენტების შედეგები, რომლებიც ჭეშმარიტი გერმანული სიზუსტით იქნა შეკრებილი და სისტემაში მოყვანილი, მსაჯულთა წინაშე შემზარავი რეალობის სურათს ქმნიდა. წარმოვიდგინოთ რამდენიმე ფაქტს, რომელთა შესახებაც მთავარმა ბრალმძებელმა ამერიკელმა პროკურორმა ტელფორ ტეილორმა შესავალ სიტყვაში განაცხადა.

ჰიტლერის თანხმობით ფაშისტი ექიმის რაშერის მიერ განხორციელებული ცდები, რომლის დროსაც შეისწავლიდნენ ორგანიზმის რეაქციებს დიდ სიმაღლეზე და გაიშვიათებულ ატმოსფერულ პირობებში. საკონცენტრაციო ბანაკ დაჰაუში ებრაელ, პოლონელ და რუს ტყვეებზე ატარებდნენ ჟანგბადის უკმარისობის იმიტაციის ცდებს, რაც დამახასიათებელია 12 კილომეტრის სიმაღლისთვის. ნახევარ საათში გამოსაცდელი იღუპებოდა, ხოლო შემზარავი ექსპერიმენტის ოქმში გულგრილი სიზუსტით ფიქსირდებოდა წამების ყველა ეტაპი: „სპაზმური კრუნჩხვები“, „აგონიური კონვულსიური სუნთქვა“, „გოდება“, „გამგმირავი ყვირილი“, „კიდურების კონვულსიები“, „საკუთარი ენის მოკნეტა“, „რეაქციების დაკარგვა“. ასევე რეგისტრირდებოდა ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემები. ეს ექსპერიმენტები ტარდებოდა, როგორც საცდელი კვლევები გერმანელი მფრინავებისთვის. შემდგომში დაემატა გადაციების შესწავლა ცოცხალ ადამიანებზე, ამისთვის მათ ტოვებდნენ ყინვაში 29 გრადუსზე 9-14 საათის განმავლობაში ან წყალში ათავსებდნენ. ამავე საკონცენტრაციო ბანაკში ჩატარდა ცდები, რომელთა დროსაც 1200-ზე მეტი ჯანმრთელი ადამიანი (მათ შორის კათოლიკე სასულიერო პირები) მაღარიით დაასნებოვნეს. უშუალოდ მაღარიისგან დაიღუპა 30 გამოსაცდელი მსხვერპლი, 300-400 – მისგან გამოწვეული გართულებებისგან, ხოლო უმეტესობა კი ნეოსალვარინისა და პირამიდონის დოზის გადაჭარბების გამო.

ზაქსენჰაუზენში, ნატცვილერში და სხვა ბანაკებში ტარდებოდა ექსპერიმენტები მომწამვლელი აირებით, მაგალითად ზარინით. წინასწარ აყენებდნენ ჭრილობას, ხოლო შემდეგ მომწავლელი გაზით ასდენდნენ ზემოქმედებას. სხვა შემთხვევაში ასუნთქებდნენ ან ასმევდნენ სითხედ ქცეულ მდგომარეობაში. ფსევდო-ექსპერიმენტატორები აღნიშნავდნენ, რომ მომწამვლელი აირის ჭრილობაში მოხვედრა იწვევდა უკიდურეს შემუპებას და ადამიანი განიცდიდა აუტანელ ტკივილს.

ბანაკ რავენსბრუკში ცდები ძირითადად ტარდებოდა ქალებზე. სწავლობდნენ ინფიცირებულ ჭრილობებს, ასევე ძვლების, კუნთების და ნერვების რეგენერაციის უნარს, ასევე ძვლების ტრანსპლანტაციას. მაგალითად, გამოსაცდელი მსხვერპლის ქვემო კიდურზე განგებ მიყენებულ ჭრილობაში ბაქტერიულ კულტურას ათავსებდნენ, ან უცხო სხეულს, როგორცაა შუშა ან ხის ნაწილაკები. მკურნალობის გარეშე დატოვების შემდეგ სხვადასვა მეთოდებს მიმართავდნენ შედარების მიზნით. სხვა შემთხვევებში განგრენას ხელოვნურად იწვევდნენ, შემდეგ კი ერთ ნაწილს მკურნალობდნენ, მეორეს კი, თითქოს კონტროლის ჯგუფს - არა. ხოლო, რაც შეეხება ტრანსპლანტაციის ექსპერიმენტებს, მაგალითად, ერთ-ერთ ტყვეს ბეჭის ძვალი ამოუღეს გადანერგვისთვის.

დაჰაუში იკვლევდნენ სასმელად ზღვის წყლის გამოყენების შესაძლებლობებს. ამისათვის გამოსაცდელთა ერთ ჯგუფს საერთოდ არ აძლევდნენ წყალს დასალევად, მეორე ჯგუფს ასმევდნენ ჩვეულებრივ ზღვის წყალს, მესამეს - მარილიან ზღვის წყალს, რომელსაც მლაშე გემო არ ჰქონდა, ხოლო მეოთხეს - უმარილო ზღვის წყალს. ექსპერიმენტი ტარდებოდა ოთხი კვირის განმავლობაში 40 ადამიანზე. სპეციალურად განიხილებოდა საკითხი იმის შესახებ, ებრაელები აერჩიათ თუ ბოშები ცდებისთვის, ვინაიდან ზოგს მიაჩნდა, რომ გერმანელებისთვის არ გამოდგებოდა ბოშებზე მიღებული შედეგები. ბოლოს და ბოლოს ჰიმლერმა გადაწყვეტილება მიიღო ბოშებზე ჩატარებინათ ექსპერიმენტები. საკონცენტრაციო ბანაკების სხვა ტყვეებზე შეისწავლიდნენ ინფექციურ ჰეპატიტს;

ამუშავებდნენ ადამიანების სწრაფი სტერილიზაციისთვის იაფ მეთოდებს, რათა მომავალში გერმანელებით დაესახლებინათ ტერიტორიები, რომელზეც პოლონელები და რუსები ცხოვრობდნენ. ხდებოდა ხალხის მასიური ინფიცირება ტიფით; იკვლევდნენ შხამების მოქმედების თავისებურებებსა და სინქარეს, რომელსაც ბუხენვალდის საკონცენტაციო ბანაკში რუს სამხედრო ტყვეებს საჭმელში ურევდნენ; ხდებოდა ინგლისური ყუმბარების შემადგენელი ფოსფორის ნაერთების მოქმედების შესწავლა.

განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ადამიანის თავის ქალების დამზადება სტრასბურგის უნივერსიტეტის ანთროპოლოგიური კოლექციისათვის. 1942 წელს ვოლფრამ ზიმერსი წერდა ჰიმლერს: „ჩვენს განკარგულებაშია ყველა ეროვნების თავის ქალების თითქმის მთელი ნაკრები, თუმცა ძალიან ცოტაა ებრაელთა თავის ქალები. აღმოსავლეთში წარმოებული საბრძოლო მოქმედებები საშუალებას მოგვცემს ამ დეფიციტის შევსების. ებრაელი ბოლშევიკი კომისრების თავის ქალების დამზადებით, რომლებიც წარმოადგენენ საძულველ, არაადამიანისთვის დამახასიათებელ პროტოტიპს, ჩვენ ნივთიერი დოკუმენტური მტკიცებულებები გვექნება. კოლექციის შესავსებად ოსვენციმის ბანაკში 79 ებრაელი მამაკაცი, 30 ქალი, 2 პოლონელი და 4 აზიელი შეარჩიეს. 1200 ებრაელი, რომლებსაც ფოტოები გადაუღეს, ანთროპოლოგიური გაზომვების შემდეგ დახოცეს და მათი გვამები გადააგზავნეს სტრასბურგში. ნიურნბერგის ტრიბუნალის განაჩენის მიხედვით ოცდასამიდან ცამეტი ბრალდებული დამნაშავედ აღიარეს; შვიდ მათგანს მათ შორის კ. ბრანდტს, კ. გერხარდს და ვ. ზივერსს სიკვდილით დასჯა მიუსაჯეს ჩამოხრჩობით, ხოლო დანარჩენ 5-ს - სამუდამო პატიმრობა (თუმცა 10, 15 და 20 წლის შემდეგ ყველა მათგანი გაათავისუფლეს). ცნობილია, რომ ბრანდტმა სახრჩობელასგან თავის დაღწევის მიზნით საკუთარი სხეული შესთავაზა ისეთივე ექსპერიმენტების ჩასატარებლად, რომელსაც თვითონ ატარებდა, რაზეც მან უარი მიიღო. ნიურნბერგის ტრიბუნალი მხოლოდ დამნაშავეთა დასჯით არ შემოიფარგლა. ბრალდებას დაემატა დანართი, რომელსაც ეწოდა „დასაშვები

სამედიცინო ექსპერიმენტები“, რომელიც მომზადდა პროცესში მონაწილე ორი ამერიკელი სამედიცინო ექსპერტის მიერ, ესენი იყვნენ ლეო ალექსანდერი და ენდრიუ ივი. შემდგომში ცნობილი გახდა „ნიურნბერგის კოდექსის“ სახელწოდებით და დამოუკიდებელი მნიშვნელობა იმით შეიძინა, რომ გახდა ისტორიაში პირველი საერთაშორისო დოკუმენტი, რომელიც ადამიანებზე სამედიცინო ექსპერიმენტების რეგლამენტირებას არეგულირებს. „ნიურნბერგის კოდექსის“ პრეამბულაში აღნიშნულია: „ჩვენს ხელთ არსებული სამხილების სიმძიმის საფუძველზე დასკვნის გაკეთება გვიხდება, რომ ადამიანებზე ჩატარებული ზოგიერთი სახის სამედიცინო ექსპერიმენტი სამედიცინო პროფესიის ეთიკურ ნორმებს აკმაყოფილებს სრულად მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მათი ჩატარება შეზღუდულია შესაბამისი ზუსტად განსაზღვრული ჩარჩოებით“.

მართალია „კოდექსი“ მიღებული იყო სასამართლო გადაწყვეტილების სახით, მას გააჩნდა და დღესაც გააჩნია არა იმდენად იურიდიული, რამდენადაც ეთიკური დატვირთვა. იგი მოიცავს ათ პრინციპს, რომელთაგან პირველი ასე უღერს: „აბსოლუტურად აუცილებელი პირობაა გამოსაცდელის ნებაყოფლობითი თანხმობა. ეს ნიშნავს, რომ პიროვნებას, რომელიც ექსპერიმენტში უნდა ჩაერთოს, უნდა გააჩნდეს კანონით მინიჭებული თანხმობის მიცემის შესაძლებლობა; გარემო, რომელშიც ის იმყოფება, თავისუფალი არჩევანის რეალიზების საშუალებას უნდა აძლევდეს და მოკლებული უნდა იყოს აშკარა ან შენიღბული ფორმით იძულების ან ზეწოლს ელემენტებს, ასევე ძალმომრეობას, თადლითობას, მოტყუებას, თავისუფლების აღკვეთას, ემმაკობას; გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მისაღებად კარგად უნდა იცოდეს და გააზრებული ჰქონდეს კვლევაში მონაწილეობის არსი. ეს უკანასკნელი გულისხმობს, რომ კვლევის სუბიექტს მის მიერ დადებითი გადაწყვეტილების მიღებამდე უნდა ეცნობოს ექსპერიმენტის ბუნების, ხანგრძლივობის და მიზნების, მეთოდებისა და საშუალებების, კვლევასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი დისკომფორტის და საშიშროების, ექსპერიმენტში მონაწილეობის შესაძლო გავლენის შესახებ მის

ჯანმრთელობაზე და პიროვნებაზე“.

„ნიურნბერგის კოდექსში“ პირველად კაცობრიობის ისტორიაში წამოყენებული იყო იდეა ცალკეული ადამიანის კეთილდღეობისა და ინტერესების უპირატესობის შესახებ, როგორც მეცნიერების, ასევე საზოგადოების ინტერესებთან შედარებით. ერთი შეხედვით ეს უბრალო იდეა, შეიძლება ჩაითვალოს კაცობრიობის მორალური არჩევანის პრინციპულ მიღწევად.

გამოსაცდელთა დაცვის კონკრეტულ მექანიზმად იქცა ნებაყოფლობითი თანხმობის ნორმა, რომელიც „ნიურნბერგის კოდექსის“ პირველ მუხლში არის გაცხადებული. მომდევნო წლებში მიიღეს არაერთი დოკუმენტი, რომელიც უფრო დეტალურ და მკაცრ რეგლამენტაციას აწესებდა ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების პრაქტიკაში. კერძოდ, ამჟამად იურიდიულ და ეთიკურ დადგენილებებში მიღებულია არა მხოლოდ ნებაყოფლობითი, არამედ ინფორმირებული თანხმობა, რაც უფრო მკაცრი მოთხოვნაა. მიუხედავად ამისა, „ნიურნბერგის კოდექსი“ დღემდე კვლავ ინარჩუნებს ფუძემდებელი მოდელის ფუნქციას. აღნიშვნის ღირსია ის ფაქტი, რომ ამ დოკუმენტის ბედი ისტორიულად საკმაოდ რთულად წარიმართა. მისი მიღების შემდეგ თითქმის ორი ათწლეული გავიდა, სანამ რეალურად ამოქმედდებოდა. ამის უმთავრესი მიზეზი ის იყო, რომ ექიმები დიდხანს მიიჩნევდნენ, რომ დოკუმენტს უფრო მეტი საერთო ჰქონდა ნაცისტურ გერმანიასთან ასოცირებულ ვითარებებთან, ვიდრე მათ ყოველდღიურ პრაქტიკასთან. რა თქმა უნდა, ნაცისტების მიერ ადამიანებზე ჩატარებული ექსპერიმენტები ზღვარს გადაცილებული სისასტიკით გამოირჩეოდა, მაგრამ გამოსაცდელის ინტერესების იგნორირება ჩვეულებრივი მოვლენა იყო სხვა ქვეყნების ყოველდღიურ პრაქტიკაში. ამის შესახებ ჯერ კიდევ საუკუნის დასაწყისში წერდა ვ. ვერესაევი „ექიმის ჩანაწერებში“.

„ნიურნბერგის კოდექსის“ ნორმების შესრულება ართულებს ექსპერიმენტების ჩატარებას ადამიანებზე, განსაკუთრებით, როცა მუქარა ექმნება ადამიანის სიცოცხლეს, ჯანმრთელობას და ღირსებას, საერთოდ შეუძლებელია ექსპერიმენტის ჩატარება. ეს

დამატებითი სიძნელეები, რა თქმა უნდა, მკვლევარებს არ განაწყობდა ენთუზიაზმით კოდექსის მიმართ. გერმანიაში კი ამას ისიც ემატებოდა, რომ ომის შემდგომი სამედიცინო საზოგადოება ძირითადად ნაცისტური წარსულის მქონე პირებისგან შედგებოდა, მათ შორის იყვნენ დანაშაულებრივი ექსპერიმენტების აღმსრულებლები. როგორც ბოლო დროს ჩატარებული ისტორიული ფაქტების გამოკვლევებით დადგინდა, ექიმებისა და მკვლევარების მონაწილეობა ამ ექსპერიმენტებში სულაც არ ყოფილა რეჟიმის მხრიდან მათზე ზეწოლის შედეგი, როგორც ადრე მიიჩნევდნენ. ძალიან ბევრი ექიმი ჰიტლერის ხელისუფლების სათავეში მოსვლამდე მხარს უჭერდა და ხელს უწყობდა ნაცისტური იდეოლოგიის განვითარებას. სწორედ ექიმებს გააჩნდათ ყველაზე მრავალრიცხოვანი წარმომადგენლობა ნაციონალ-სოციალისტურ პარტიაში, ასევე სხვა ფაშისტურ ორგანიზაციებში. ხელისუფლებას ხშირად უხდებოდა ზედმეტად აქტიური „მკვლევარების“ სისხლიანი წამოწყებების შეზღუდვა.

საკმაოდ რთული ამოცანაა სამედიცინო მეცნიერების განვითარების გავლენის გაანალიზება გარდამავალ ეტაპზე ტრადიციული „ექიმი-პაციენტის“ დამოკიდებულებიდან „ექიმი-გამოსაცდელის“ ურთიერთობამდე. ამ კუთხით „ნიურნბერგის კოდექსი“, წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელიც გამიზნულია გამოსაცდელის ინტერესებისა და უფლებების დასაცავად, იმსახურებს უფრო მეტ ყურადღებასა.

ისტორიისათვის ცნობილია, ექიმები სამედიცინო ექსპერიმენტებს ადამიანებზე ნაციზმის ეპოქამდეც ატარებდნენ, მაგრამ უპრეცედენტო მასშტაბები მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში მიიღო. საკონცენტრაციო ბანაკებში არაადამიანური ექსპერიმენტების ჩატარებას ადამიანებზე ბევრი წინაპირობა გააჩნდა, მათ შორის ერთ-ერთი იყო ჰიპოკრატესეული ეთიკის, ფიცის სრული იგნორირება, რაც საუკუნეების განმავლობაში საფუძვლად ედო ექიმის მოღვაწეობას შუასაუკუნეების პერიოდის ჩათვლით. ხოლო XIX საუკუნის შუა პერიოდიდან, როცა დაიწყო სამედიცინო მეცნიერების სწრაფი განვითარება, ინტერესების კომფლიქტებმა იჩინა თავი, რომლებიც

დამახასიათებელია ადამიანზე ჩატარებული ყველა გამოკვლევებისათვის და ექსპერიმენტისთვის. ერთის მხრივ, ეს არის თითოეული ადამიანის ხელშეუხებლობის დაცვის ვალდებულება, ხოლო, მეორეს მხრივ, ახალი ცოდნის შექმნის სურვილი, რაც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას მთელი კაცობრიობის კეთილდღეობისათვის.

XIX საუკუნის შუა პერიოდიდან ექიმები, რომლებიც სამეცნიერო კვლევებით იყვნენ დაკავებულნი იყვნებდნენ ე.წ. „ობიექტური გამოკვლევების“ მეთოდებს, რათა მედიცინა გადაექციათ ისეთივე „ზუსტ მეცნიერებად“, როგორც არის, მაგალითად, ფიზიკა ან ქიმია. პრაქტიკულად არავის არ გასჩენია კითხვა, საერთოდ დასაშვები იყო თუ არა პაციენტებზე ახალი მეთოდების გამოცდა და თუ ასე მაინც ხდებოდა, მაშინ როგორ უნდა ყოფილიყვნენ ისინი დაცულნი. სწორედ 1850 წლიდან დაიწყეს უამრავ პაციენტზე ექსპერიმენტების ჩატარება, არა მათი მკურნალობის მიზნით, არამედ სამეცნიერო ცოდნის გაფართოების მიზნით, რაც ზოგადსაკაცობრიო მიზნებს უნდა მოხმარებოდა. იმ პერიოდის მკვლევარი ექიმების განცხადებით მათი გამოსაცდელი პაციენტები მსხვერპლად უნდა შესწიროდნენ სამედიცინო მეცნიერებას ამ მიზნის მისაღწევად.

ფსევდო-ჰუმანისტური იდეებით შეპყრობილი გერმანელი ევგენიკის მომხრე ნაციონალ-სოციალისტები მოწყალებად თვლიდნენ გატანჯული ცხოვრებისგან ე.წ. „ღვთის შვილების“ ისეთი გზით განთავისუფლებას, როგორცაა 'Endlosung', ანუ მასიური მოხუთვა მომწავლავი აირით.

მეორე მსოფლიო ომამდე სამედიცინო გამოკვლევების ძირითადი ნაწილი ტარდებოდა სახელმწიფო კლინიკებში, ხოლო გამოსაცდელების სახით წარმოდგენილნი იყვნენ მოხუცები, ბავშვები, ქალები, მეძავეები, მოსახლეობის უღარიბესი ფენის წარმომადგენლები, ანუ ისინი, ვინც ყველაზე დაუცველი და მოწყვლადია. ამგვარი გამოკვლევები და ექსპერიმენტები აღწერილია ალბერტ მოლის 1903 წელს გამოქვეყნებულ წიგნში "Arztliche Medizin", რომლის სრული სათაურია „სამედიცინო ეთიკა. ექიმთა მოვალეობები მათი მოღვაწეობის ყველა სფეროში. ექიმებისა და საზოგადოებისთვის“. განსაკუთრებული

ყურადღება ამ წიგნში დათმობილი აქვს შემთხვევებს, როცა გამოსაცდელად სასიკვდილოდ განწირულ პაციენტებს იყენებდნენ. იმ მოსაზრებით, რომ ისინი მაინც მალე დაიღუპებოდნენ, საკმარის არგუმენტად მიაჩნდათ. თვლიდნენ, რომ „მათი ცხოვრება იმად არ ღირდა, რომ ეცხოვრათ“. ამ საკითხებში ექიმების დამოკიდებულება, პოზიცია და ქცევა, რომლებიც კვლევით სამუშაოებს აწარმოებდნენ მეორე მსოფლიო ომის წინა პერიოდში და უმრავლესობა უნივერსიტეტში ასწავლიდა - სამაგალითო იყო მათი სტუდენტებისთვის და, შესაბამისად, ერთ-ერთი წინაპირობა იყო იმისა, რაც მომავალში საკონცენტრაციო ბანაკებში მოხდა. სტუდენტები ეცნობოდნენ ანგარიშებს ჩატარებული კვლევების შესახებ, იმის შესახებ, თუ როგორ იყენებდნენ მათი პროფესორები პაციენტებს ამ გამოკვლევების ჩატარებისას. დოქტორ ჰელმუტ პოპენდიკი, ერთ-ერთი იმათგანი, ვისაც ბრალი წაუყენეს ნიურბერგის ტრიბუნალზე, ასე იმართლებდა თავს: „სტუდენტური წლებიდან მე ვიცოდი, რომ თანამედროვე მედიცინის მიღწევები შეუძლებელი იქნებოდა თავგანწირვის გარეშე“. განა კი დასაშვებია, რომ მიზანი ამართლებდეს იმ საშუალებებს და მეთოდებს, რომლითაც შესაძლებელი იქნება მრავალი ადამიანის ტანჯვის შემსუბუქება სხვა ადამიანების ხარჯზე. ასე, რომ მიზანი არავითარ შემთხვევაში არ ამართლებს საშუალებას და ამის დასტურია უდიდესი გერმანელი მოაზროვნის და ჰუმანისტის იმანუელ კანტის (1724-1804) მოსაზრება: „ყოველი პიროვნება თვითმიზანია და არ შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც საშუალება, თუნდაც ისეთი ამოცანის განსახორციელებლად, რომელიც საყოველთაო კეთილდღეობას ეხება“ - რომელიც საფუძვლად დაედო პრაქტიკულად ყველა საერთაშორისო და ნაციონალურ ეთიკურ კოდექსს, დეკლარაციასა და სხვა დოკუმენტს.

ასე, რომ „ნიურმბერგის კოდექსის“ პრინციპები სამედიცინო გამოკვლევების ისეთივე რეალურ ნორმებად იქცევა, როგორც ასიათასობით ადამიანის რეალურად შეწირული სიცოცხლე.

სამწუხაროდ, საბჭოთა კავშირშიც არსებობდა სარისკო, ზოგჯერ კი მართლაც არაადამიანური ექსპერიმენტების

პრაქტიკა. მრავალი ასეთი ფაქტი გამოაშკარავდა ბოლო წლებში. საჯაროობის მონაპოვარი გახდა ადამიანების „საცდელ ბოცვრებად“ გამოყენების ფაქტები ბირთვული გამოცდების ჩატარებისას. თანამედროვე დროში კონსტიტუციურად აღიარებულია, რომ აკრძალულია ადამიანის თანხმობის გარეშე მასზე სამედიცინო, სამეცნიერო და სხვა ექსპერიმენტების ჩატარება. უფრო დეტალურად ამ ნორმამ ასახვა ჰპოვა „საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, XIX თავი: „სამედიცინო ბიოლოგიური კვლევა“ (108-9 მუხლები).¹ მასში ასევე გათვალისწინებულია სპეციალური კონტინგენტის, მათ შორის, პატიმრების (112-ე მუხლი),² არასრულწლოვანთა (110-ე მუხლი)³ და ორსულთა, მეძუძურ ქალთა უფლებები (111-ე

1 XIX თავი სამედიცინო ბიოლოგიური კვლევა, მუხლი 108.

ადამიანის მონაწილეობით დაგეგმილი სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის დაწყებამდე უნდა მოხდეს კვლევის რისკის და კვლევის მოსალოდნელი დადებითი შედეგების ურთიერთშეადარება. სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის წარმოებისას, ადამიანის, როგორც კვლევის ობიექტის ინტერესები და კეთილდღეობა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე შეცნობისა და საზოგადოების ინტერესები. კვლევის რისკი შემცირებული უნდა იქნეს მინიმუმამდე. იგი არ უნდა აღარაბეზდეს კვლევის ობიექტისთვის მოსალოდნელი სარგებლობას და/ან კვლევის მიზნების მნიშვნელობას.

მუხლი 109.

ადამიანს, როგორც სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს, წინასწარ უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია კვლევის მიზნების, მეთოდების, მოსალოდნელი შედეგების, კვლევის რისკის და მასთან დაკავშირებული შესაძლო დისკომფორტის შესახებ. სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა არ უნდა ჩატარდეს მასში მონაწილე პირის წერილობით გაფორმებული ინფორმირებული თანხმობის გარეშე. ადამიანს, როგორც სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს, აუცილებლად უნდა ეცნობოს მისი უფლების შესახებ უარი თქვას კვლევაში მონაწილეობაზე კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე, მიუხედავად მის მიერ წინასწარ გაცხადებული თანხმობისა.

2 მუხლი 112.

სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირები სარგებლობენ ამ კანონის 108-ე და 109-ე მუხლებში გაცხადებული ყველა უფლებით. ამ პირთა მონაწილეობა სამედიცინო-ბიოლოგიურ კვლევაში დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები მათი ჯანმრთელობისათვის პირდაპირი და მნიშვნელოვანი სარგებლობის მომტანი იქნება.

3 მუხლი 110.

ქმელუვნარო პირი შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი 108-ე მუხლში მოცემული პირობებით, თუ იგი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას და მიღებულია მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომაველის ინფორმირებული თანხმობა. თუ ქმელუვნარო პირს აქვს გაგების უნარი, აუცილებელია მისი თანხმობაც.

მუხლი). ჯანმრთელობის სამინისტროში შექმნილია ეთიკური კომიტეტი, რომელიც მოწოდებულია სხვა ფუნქციებთან ერთად კონტროლი გაუწიოს ადამიანებსა და ცხოველებზე ექსპერიმენტების ჩატარებას. მიუხედავად ამისა, მდგომარეობა არც თუ უპრობლემოა. კონკურენცია ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიებისა და ფარმაცევტიულ სფეროში მართლაც უპრეცედენტოს ხდის ექსპერიმენტებზე და, შესაბამისად, გამოსაცდელელებზე მოთხოვნილებას. თანაც, ეთიკური კონტროლის მექანიზმები ხშირად ჩამორჩება კვლევების წარმოების ტემპებს. არც თუ იშვიათია, როცა გამოსაცდელთა კეთილდღეობა და ინტერესები უკანა პლანზე გადაინაცვლებს.

საქართველოში სწრაფად ვითარდება საერთაშორისო სამეცნიერო თანამშრომლობა. ერთის მხრივ, ეს ასტიმულირებს ჩვენს მეცნიერებს დაიცვან ექსპერიმენტის ჩატარების საერთაშორისო აღიარებული ეთიკური ნორმები. მეორეს მხრივ, შემოთვალისწინებს ის ფაქტი, რომ ჩვენი ქვეყანა შეიძლება გადაიქცეს ახალი და არც თუ უსაფრთხო მედიკამენტების და სამკურნალო მეთოდების გამოცდის პოლიგონად. ამას ხელს ისიც უწყობს, რომ კანონმდებლობაში დაფიქსირებული ადამიანებზე ექსპერიმენტების ჩატარების ნორმები არ არის გამყარებული მათი რეალიზაციის ქმედითი მექანიზმებით. ამგვარი გამოკვლევების ჩატარება მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში რეგლამენტირებულია ე.წ. „ხარისხიანი კლინიკური პრაქტიკის“ (GMP) ძალიან მკაცრი ნორმებით. ამ ნორმების შესრულება მოითხოვს მნიშვნელოვან ძალისხმევას, მაგალითად, პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცედურას, ასევე გასათვალისწინებელია მაღალი მატერიალური დანახარჯები. ფულისა და დროის დაზოგვის მიზნით ზოგიერთი არაკეთილსინდისიერი უცხოური ფირმა ახალი პრეპარატების გამოცდას არჩევს ისეთ ქვეყანაში, სადაც GMP-ს მოთხოვნები ჯერ კიდევ არ არის ცნობილი, ან მათი შესრულება არ არის აუცილებელი. გავიხსენოთ მაგალითი, როცა რუსეთში 1996 წელს სკანდალი ატყდა, ფეტალური (ემბრიონალური) ქსოვილების დამზადებისა და გამოყენების გამო. ისე მოხდა, რომ ერთადერთი ინსტანცია, რომელმაც თანხმობა გასცა

ადნიშნულ საქმიანობაზე, აღმოჩნდა ამავე დაწესებულების ეთიკური კომიტეტი.

სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებების ეთიკური კომიტეტების შემადგენლობაში დამოუკიდებელი წევრების არსებობა სავალდებულოა, საპირისპირო შემთხვევაში ეთიკური კონტროლი მხოლოდ მოჩვენებითი იქნება და ავტომატურად მოხდება ყველა განხილული წინადადების მხარდაჭერა.

დღესაც კი ნიურნბერგის ტრიბუნალი და მისი სამხილები, კაცობრიობის გაფრთხილების ათვლის წერტილად რჩება, იმისა, თუ რამდენად შემზარავი, საზარელი შეიძლება იყოს მეცნიერება მორალური მუხრუჭების გარეშე.

სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტების ეთიკურ-სამართლებრივი რეგლამენტაცია

ბოლო ათასწლეულში სამეცნიერო გამოკვლევები სულ უფრო მეტად არის მიმართული ადამიანზე ზემოქმედების სხვადასხვა საშუალებების შეცნობაზე. XX საუკუნის ერთ-ერთი ყველაზე გამორჩეული ფილოსოფოსი ჯ. იონასი წინასწარ განჭვრიტა, რომ საჭირო იყო რაიმე გზით „სამეცნიერო გამოკვლევების ინდუსტრიის უსაზღვრო მადის შეზღუდვა. იგი მიიჩნევდა, რომ „თანამედროვე სამეცნიერო საზოგადოებას მოუწევს უდიდეს ცდუნებასთან გამკლავება - დამოკიდებული, უვიცი და მართვადი ინდივიდების მიერ ყველაზე ხელმისაწვდომ ექსპერიმენტულ, ადამიანურ მასალაზე, რეგულარული ყოველდღიური ცდების ჩატარებასთან (*Hans J. Philosophical Reflections on Experiments with Human Subjects*) 70-იან წლებში იონასი, იმ დროისთვის მიღებული თვალსაზრისის თანახმად მიიჩნევდა, რომ ადამიანებზე ექსპერიმენტები „უკიდურესი საშუალებაა საერთო კეთილდღეობის მისაღწევად“. იმ დროს თვლიდნენ, რომ ადამიანზე ყველანაირი ექსპერიმენტი, მასთან დაკავშირებული რისკის გამო, შეიძლება გამართლებული იქნას მხოლოდ უკიდურესი აუცილებლობით, როცა მნიშვნელოვანი მონაცემების სხვა გზით მიღება შეუძლებელია.

მომდევნო ათწლეულებში სამეცნიერო, კერძოდ,

ბიოსამედიცინო გამოკვლევები ადამიანის მონაწილეობით რეალურად გადაიქცა, თანაც ასეთი სახის ექსპერიმენტები ხშირად განიხილება არა მხოლოდ რისკის, არამედ, სარგებლობის გათვალისწინებითაც, რაც შეიძლება გამოსაცდელისთვის საჭირო აღმოჩნდეს. როგორც წესი, სარგებლობა ყველაზე ხშირად უკავშირდება ახალი წამლის, ან მკურნალობის მეთოდის თერაპიული ეფექტის შესწავლას. ამავე დროს, სავალდებულო ეთიკური ნორმირება საყოველთაოდ აღიარებულია ასეთი სახის ყველა ექსპერიმენტის დროს. ბიოსამედიცინო შრომებში დღესდღეისობით გამოიყენება ეთიკური რეგულირების ორი ძირითადი მექანიზმი. პირველი, ინფორმირებული თანხმობის პროცედურა, რომელიც უნდა გაიაროს ყველა გამოსაცდელმა გამოკვლევის დასაწყისში. 1997 წელს მიღებულ „საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ XIX თავში „სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა“, 109-ე მუხლში გაცხადებულია: „სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა არ უნდა ჩატარდეს მასში მონაწილე პირის გაფორმებული ინფორმირებული თანხმობის გარეშე, ადამიანს, როგორც სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს, აუცილებლად უნდა ეცნობოს მისი უფლებების შესახებ უარი თქვას კვლევაში მონაწილეობაზე კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე, მიუხედავად მის მიერ წინასწარ გაცხადებული თანხმობისა“. მეორე ფაქტორია ის, რომ ბიოსამედიცინო გამოკვლევების თანამედროვე პრაქტიკაში მიღებულია, რომ ყოველი პროექტი შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ მას შემდეგ, რაც განაცხადი მიღებული იქნება დამოუკიდებელი ეთიკური კომისიის მიერ (მუხლი 107).

რისკის პრობლემა, რომელსაც უპირისპირდება გამოსაცდელი ბიოსამედიცინო კვლევისას, შეიძლება მივიჩნიოთ ეთიკურ-სამართლებრივი პრობლემებიდან ერთ-ერთ ძირითადად. თუმცა, არსებობს სხვა სახის პრობლემებიც.

ადამიანებზე სამედიცინო კვლევების ჩატარების ისტორია არა ერთ ასწლეულს მოიცავს, თუმცა, გარკვეულ დრომდე ეთიკურ-სამართლებრივი პრობლემები, რომლებიც მათ განხორციელებას უკავშირდებოდნენ, ასეთ დიდ ყურადღებას არ

იქცევდნენ, არც საზოგადოების და არც მკვლევარი ექიმის მხრიდან, რასაც უკვე დღეს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. განსაკუთრებულად უნდა აღინიშნოს, რომ თვითონ მკვლევარი ექიმები იყვნენ ერთ-ერთი პირველები, რომლებმაც მიაქციეს ყურადღება ამ პრობლემების არსებობას და მათი გადაწყვეტის გზები დასახეს. ამ საკითხის მიმართ დამოკიდებულების ძირეულ შეცვლაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა პარვარდის სამედიცინო სკოლის ანესტეზიოლოგიის პროფესორის ჰენრი ბიჩერის სტატეგია „ეთიკა და კლინიკური კვლევები“, რომელიც გამოქვეყნდა 1966 წელს. მასში აღწერილი იყო აშშ-ში კვლევის ჩატარების 22 შემთხვევა, რომლებიც სარისკო იყო „გამოსაცდელთა სოცოცხლისათვის და ჯანმრთელობისთვის“, მათთვის საშიშროების შესახებ გაფრთხილებისა და მათგან თანხმობის მიღების გარეშე.

განსაკუთრებულად გახმაურდა ბიჩერის მიერ აღწერილი ორი შემთხვევა. ერთ შემთხვევაში კვლევები ჩატარდა უილოუბრუკში (ნიუ-იორკის შტატი) განვითარების ჩამორჩენის მქონე ბავშვთა ინტერნატში. ავადმყოფობის ეთიოლოგიის შესასწავლად და დამცავი ვაქცინის შესამუშავებლად ბავშვებს ჰეპატიტის ვირუსით ასნებოვებდნენ. სხვა შემთხვევაში ექიმებს შეჰყავდათ ცოცხალი სიმსივნური უჯრედები ხანდაზმული და უძლური პაციენტებისთვის ერთ-ერთ ნიუ-იორკის კლინიკაში.

ეთიკური კონტროლის საკითხები, რომლებიც თავდაპირველად კოლეგების მიერ წყდებოდა და ადგილი ჰქონდა ამერიკის შეერთებულ შტატებში 50-იან წლებში. უკვე 1966 წელს ოფიციალურმა ხელისუფლებამ ეთიკური ექსპერტიზის ჩატარება სავალდებულო ნორმად აღიარა ფედერალური ბიუჯეტის მიერ დაფინანსებული ყველა ბიოსამედიცინო კვლევის ჩატარებისას. შემდგომში კი ეს მოთხოვნა გავრცელდა სხვა წყაროებიდან დაფინანსებულ კვლევებზეც. ამერიკისთვის დამახასიათებელია, რომ სავალდებულო ეთიკურ ექსპერტიზას ექვემდებარება არა მარტო ბიოსამედიცინო გამოკვლევები, არამედ, ფსიქოლოგიური, ანთროპოლოგიური და სხვა, რომლებიც ადამიანს უტარდება, ასევე ცხოველებზე ექსპერიმენტებიც.

1967 წელს ეთიკური კომიტეტები დაფუძნდა დიდი

ბრიტანეთის საავადმყოფოებსა და კვლევით დაწესებულებებში.

ბიოსამედიცინო კვლევების გაფართოებასთან ერთად თანდათან იხვეწებოდა ეთიკური კომიტეტების მოღვაწეობაც. ამჟამად უკვე უმცირეს დეტალებამდე არის შემუშავებული მათი სტრუქტურის, ფუნქციების, სტატუსის, შემადგენლობის, უფლებამოსილებისა და სხვა საკითხები. სხვადასხვა ქვეყნებში მოქმედებენ კომიტეტებს შორის ურთიერთქმედების საკუთარი სქემები, ისეთების, როგორებიცაა, მაგალითად, ადგილობრივი, რომელიც ფუნქციონირებს სამკურნალო ან კვლევითი დაწესებულების დონეზე და უმაღლესი ნაციონალური დონის კომიტეტი.

ბოლო წლებში დიდი ყურადღება ექცევა ისეთი გამოკვლევების ექსპერტიზის ორგანიზების საკითხებს, რომლებიც ერთდროულად რამოდენიმე ქვეყანაში ტარდება, განსაკუთრებული სიძნელები წარმოიქმნება მაშინ, როცა საქმე ეხება განვითარებად ქვეყნებს.

ეთიკური რეგულირების პრაქტიკა მრავალ პრობლემას წარმოქმნის, ისეთებს, როგორიცაა წინააღმდეგობა ეთიკური კომიტეტის წევრების მიუკეძოვებლობასა და კომპეტენტურობასთან შორის, ან ფორმალიზმი ექსპერტიზის ჩატარებისას. ზოგჯერ იმასაც ამტკიცებენ და არც თუ უსაფუძვლოდ, რომ ეთიკური კონტროლის უკანასკნელ წერილმანამდე გათვლილი პროცედურები და რეგლამენტები იცავენ არა გამოსაცდელს, არამედ მკვლევარს. მაგალითად, ოქმში მითითებულია, რომ გამოსაცდელი გაფრთხილებული იყო შესაძლო რისკის, ან უარყოფითი შედეგების შესახებ, იმ შემთხვევაში, თუკი აღნიშნული გამართლდება, შეუძლებელი იქნება მკვლევარს პასუხი მოეთხოვოს ამის გამო.

ეთიკური ექსპერტიზის აუცილებლობას პრინციპული მნიშვნელობა ენიჭება სამეცნიერო კვლევითი მოღვაწეობისათვის. საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ სამეცნიერო შემეცნებისა და მოღვაწეობის „მეხუთე ელემენტს“ სწორედ გამოკვლევა წარმოადგენს.

ბიოსამედიცინო პროექტის განსახორციელებელ ნებისმიერ ეტაპზე, დაწყებული მისი დაგეგმვიდან, უფრო მეტიც, მისი

ჩანაფიქრის, საერთო იდეის შემუშავებისას, მკვლევარმა არ უნდა დაივიწყოს, რომ იდეას რეალიზაციის შესაძლებლობა ვერ ექნება, რამდენადაც უზადო უნდა იყოს თეორიული, ტექნიკური და მეთოდოლოგიური კუთხით, ეთიკური კომიტეტის მხარდაჭერის გარეშე. ეს კი სწორედ იმას ნიშნავს, რომ ეთიკური მოთხოვნები რეალურად მოქმედი წინაპირობაა მეცნიერული ცოდნის მისაღებად, ასე, რომ ეთიკასა და მეცნიერებას შორის კავშირი არა მარტო შესაძლებელია, არამედ ერთმანეთისგან განუყოფელია.

ეთიკური კონტროლის მექანიზმები ამჟამად უკვე მოქმედებს ისეთ კვლევებში, რომლებიც მიმდინარეობს გამოსაცდელზე უშუალო ზემოქმედების გარეშე, ასე, რომ გამოსაცდელს ვერც კი ვუწოდებთ. მაგალითად, როცა ე.წ. ეპიდემიოლოგიური კვლევისათვის საჭიროა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების მონაცემების გაანალიზება ჯანმრთელობის გენეტიკური, ბიოქიმიური მდგომარეობის შესახებ, კვლევის დაწყების წინ საჭიროა ინფორმირებული თანხმობის პროცედურის და დამოუკიდებელი ეთიკური ექსპერტიზის ჩატარება. იგივე ეხება ისეთ შემთხვევებს, როცა ადამიანის ბიოლოგიური მასალის შესწავლა უნდა მოხდეს (მაგალითად, ქსოვილის).

აღსანიშნავია, რომ ბიოსამედიცინო გამოკვლევებისა და მათი ეთიკური რეგულაციის სფერო განუსაზღვრელად ფართოვდება ისეთი მიმართულებითაც, რომელიც არ ეხება ადამიანის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას. მეცნიერულ-ტექნიკური მიღწევები ადამიანთა მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლადაც გამოიყენება. იქმნება ახალი მასალები, რომლებითაც იქმნება საყოფაცხოვრებო ნივთები, ხელსაწყოები და მოწყობილობები, ტანსაცმლის დეტალები, კვების პროდუქტები, კოსმეტიკური საშუალებები და მრავალი სხვა. ყოველი ასეთი საგანი მოხმარებისთვის დასაშვები ხდება მას შემდეგ, რაც შემოწმდება უსაფრთხოა თუ არა ტოქსიკოლოგიურად, ეკოლოგიურად და სხვა კუთხით. თანაც, ყოველი ასეთი ტესტირება ნიშნავს მოხალისეებზე გამოცდას ეთიკური კონტროლოს არსებული მექანიზმების დაცვით. ასე რომ, ინდუსტრიული წარმოებისთვის დამახასიათებელი ნიშან-

თვისებები შეიძინეს, როგორც ბიოსამედიცინო გამოკვლევებმა, ასევე ეთიკურმა ექსპერტიზამაც. თანამედროვე პოსტინდუსტრიულ მეცნიერულ ეპოქაში ეთიკით მანიპულირების საშიშროება არსებობს. შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ გამოკვლევების ეთიკური რეგულაციის მექანიზმები კონკურენტული ბრძოლის იარაღად გამოიყენონ, რაც ასე დამახასიათებელია მსოფლიო მეცნიერებისათვის. ჩვენს ქვეყანაში არსებობს შედარებით ახლო წარსულში შემუშავებული საკანონმდებლი ბაზა, რომლის შესახებაც საზოგადოების ყველა წარმომადგენელი ინფორმირებული უნდა იყოს ადეკვატურად.

ბიოეთიკისთვის დამახასიათებელია არა მხოლოდ მულტიდისციპლინარული მიდგომა გამოკვლევების მიმართ. აშკარაა, რომ ყოველი ბიოეთიკური პრობლემა საჯარო დისკუსიის საგნად იქცევა, ვინაიდან არა მარტო სპეციალისტების ვიწრო წრის ინტერესებს ეხება, არამედ თითოეული ადამიანის, თუნდაც მეცნიერებისგან შორს მდგომის.

ევროკავშირის კომისიის პრეზიდენტის რ. პროდის თხოვნით მომზადებულ „ევროპის მეცნიერებისა და ახალი ტექნოლოგიების ეთიკის ჯგუფის“ მოხსენებაში აღნიშნულია, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია მოქალაქეებისთვის საშუალების მინიჭება, რათა მათ შეიმუშაონ ინფორმირებული და დაბალანსებული პოზიცია მეცნიერებისა და ტექნიკის მიღწევების მიმართ: „ასეთი პოზიცია უპირისპირდება იმ სიბეცეს, რაც დამახასიათებელია, როგორც ტექნოფილიისთვის, ასევე ტექნოფობიისთვის. მეცნიერება და ტექნიკა უნდა აფართოვებდეს, და არ ზღუდავდეს თითოეულის არჩევანის თავისუფლებასა და შესაძლებლობებს.“

ბიოეთიკური პრობლემები, სერიოზული საზოგადოებრივი მნიშვნელობის გამო, როგორც წესი, საპასუხისმგებლო პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებს საჭიროებს, მათ შორის უმაღლეს დონეზეც. ბიოეთიკური პრობლემების განხილვა ცენტრალურ საკითხად იქცა „რვა ქვეყნის“ სამმიტზე 2000 წელს, რომელიც იაპონიაში გაიმართა.

თანამედროვე მეცნიერების მიღწევები და მეცნიერთა პასუხისმგებლობა - „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“

სამედიცინო ჩარევის მორალურ და იურიდიულ მხარეებს არეგულირებს საერთაშორისო მნიშვნელობის დოკუმენტი „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, რომლის სრული დასახელებაა „კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ“. (მიღებული ევროპის საპარლამენტო ასამბლეის მიერ 1996 წელს).

კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ ჯერჯერობით ერთადერთი სავალდებულო საერთაშორისო დოკუმენტია, რომლის მიზანია ადამიანის უფლებებისა და ღირსების დაცვა ბიოლოგიისა და მედიცინის სფეროში. კონვენციაში მოცემული დებულებების რეალიზაცია სავალდებულოა იმ ქვეყნებისათვის, რომლებმაც მისი რატიფიცირება მოახდინეს. საქართველო მე-7 ქვეყანაა, სადაც ამ კონვენციას კანონის ძალა აქვს 2001 წლის 1 მარტიდან. საქართველოს ევროსაბჭოს კონვენციასთან მიერთებით კიდევ ერთი ნაბიჯი გადაიდგა ადამიანის უფლებების დაცვისათვის აუცილებელი თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისი სამართლებრივი ბაზის შესაქმნელად.

კონვენციაში ნათქვამია, რომ ქვეყნები, რომელიც ამ დოკუმენტს მიუერთდნენ მოვალენი არიან დაიცვან „თითოეული ადამიანის ღირსება და ინდივიდუალობა, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე უზრუნველყონ მათი ხელშეუხებლობა და სხვა უფლებები და ძირითადი თავისუფლებები ბიოლოგიისა და მედიცინის სფეროში.“

კონვენციის დანიშნულებაა საერთაშორისო საზოგადოებრიობის ყურადღების გამახვილება იმ ეთიკური სტანდარტებზე, რომელთა დაცვაც სავალდებულოა სამედიცინო დახმარებისას და ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევისას.

სამედიცინო მეცნიერება და პრაქტიკა ერთ ადგილზე არ დგას, ვითარდება სხვადასხვა დაავადებების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ახალი ექსპერიმენტული მეთოდები, რომლებიც მკვლევარებისა და გამოსაცდელების წინაშე აყენებს „დეკლარაციის“ დებულებების ხელახალი ინტერპრეტაციის პრობლემას. მართლაც, „დეკლარაციის“ ცალკეული რეკომენდაციები პრაქტიკულად ცალ-ცალკე განიხილვის საგანია. ამას ადასტურებს თუნდაც ის ფაქტი, რომ ამ სფეროში დაგროვილია უამრავი პუბლიკაცია. ამგვარი დისკუსიების თანამედროვე მდგომარეობის დასახასიათებლად საჭიროა აღინიშნოს, რომ ისინი მიმართულია იქითკენ, რათა დაზუსტდეს, მაგალითად, თუნდაც ისეთი მნიშვნელოვანი ცნება, როგორცაა „ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობა“ (თანაც ანალიზს ექვემდებარება სამივე ტერმინი), შემუშავდეს ეთიკური პრობლემების გადასაჭრელი ხერხები, ე.წ. „მოსახლეობის მოწყვლად ჯგუფებზე“ (ბავშვები, მოხუცები, ორსულები და სხვა) კვლევების ჩატარებისას. დისკუსიებში არც თუ უმნიშვნელო ადგილს იკავებს გენეტიკის თანამედროვე მეთოდების (გენოდიანოსტიკა, გენოთერაპია) გამოყენება სამედიცინო პრაქტიკაში, რაც თავისი არსით გამოხატულად ექსპერიმენტის ნიშან-თვისებების მატარებელია. ბოლო წლებში, საკმაოდ ფართოდ განიხილება, მათ შორის ჩვენს ქვეყანაშიც ეთიკურ-სამართლებრივი პრობლემები, რომლებიც დაკავშირებულია ემბრიონალური ქსოვილების გამოყენებასთან.

დასახელებული პრობლემების მიმართ საერთო მიდგომის ჩამოყალიბების მცდელობების მიუხედავად, მაინც არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავებები. განსხვავებები ვლინდება საკმაოდ მარტივი მოვლენების შეფასებისასაც. სწორედ არსებული განსხვავებების დაძლენვას ისახავს მიზნად „კონვენცია“.

უნდა აღინიშნოს, რომ „დეკლარაციის“ დებულებებმა ასახვა ჰპოვა არა მარტო მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის წევრი ქვეყნების შესაბამის დოკუმენტებში, არამედ ეროვნულ საკანონმდებლო აქტებშიც, მათ შორის საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.

საერთაშორისო ორგანიზაციები, როგორებიცაა, მსოფლიო

ჯანდაცვის ორგანიზაცია, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია, გაერო, სხვადასხვა ქვეყნების მთავრობები პრაქტიკულად რეაგირებენ. კონვენციის განმარტებით შემორანდუმში ნათქვამია: „ექვევარეშეა, რომ ნაციონალურ და საერთაშორისო დონეზე განხორციელებული ძალისხმევა მიმართულია, რათა დააწესოს კონტროლი ადამიანებზე ბიოსამედიცინო კვლევების ჩატარებისას და შედეგების გამოყენებისას“. თუმცა, სხვადასხვა ორგანიზაციებისა და გაერთიანებების მოღვაწეობა ზოგჯერ შეზღუდულია ან კონკრეტული გეოგრაფიული საზღვრებით, ან სამეცნიერო კვლევების კონკრეტული სფეროთი. ამ სტრუქტურების მიერ გამოქვეყნებული სხვადასხვა დოკუმენტები (მოსაზრებები, სახელმძღვანელოები და რეკომენდაციები), ხშირად აპელირებენ ზოგადი ფასეულობებით.

კონვენცია შედგება „პრეამბულისგან“ და 38 მუხლისგან, რომელიც 14 ნაწილად არის დაყოფილი. მოკლედ შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგი თეზისების სახით:

1. კონვენცია ეხება სამედიცინო დახმარებასთან და ადამიანზე წარმოებულ სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევასთან დაკავშირებულ ეთიკურ და სამართლებრივ პრობლემებს, რომელშიც ნათქვამია: „ადამიანის ინტერესები და კეთილდღეობა უზენაესია საზოგადოების და მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით“ (I თავი, მე-2 მუხლი). ეს საკმაოდ ძლიერი მოთხოვნაა, რაც ნიშნავს, რომ ცალკეული პიროვნების კეთილდღეობა არა მარტო უტოლდება კაცობრიობის ინტერესებს, არამედ უფრო მნიშვნელოვანია. შეიძლება გადაჭარბებული, უკიდურესიც კი იყოს ასეთი მოთხოვნა, მაგრამ ისტორიაში იმის უამრავი მაგალითია, რომ ერთი ადამიანის ინტერესებისა და კეთილდღეობის შეწირვა საერთო კეთილდღეობისთვის, თუნდაც ძალიან ამაღლებულისთვის მრავალ უბედურებად დაბრუნებია არა მხოლოდ ცალკეულ ადამიანება, არამედ მთელ კაცობრიობას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აღნიშნული მოთხოვნა ადამიანებზე ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების პრაქტიკაში, ვინაიდან აგებულია კომფლიქტურ საწყისზე - რისკის სიმძიმე აწევება გამოსაცდელს, მაშინ, როდესაც მოსალოდნელი კეთილდღეობა

მთელი კაცობრიობის მონაპოვარი უნდა გახდეს.

2. კონვენციაში მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა პოტენციური გამოსაცდელის „ნებაყოფლობითი და გააზრებული თანხმობის“ მიღებას (უპირატესობა ენიჭება წერილობით ფორმას) კვლევაში მონაწილეობაზე. „დეკლარაციის“ თანახმად, „ადამიანზე ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევისას (კვლევის მიზნით ჩატარებული ჩარევების ჩათვლით) მას ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს „კვლევის მიზნების, მეთოდებისა და პოტენციური სარგებლობის, ასევე, ყველა მოსალოდნელი უსიამოვნო შეგრძნებებისა და შედეგების შესახებ, რაც დაკავშირებულია კვლევასთან (მე-5 მუხლი). (ეს მოთხოვნა თავდაპირველად შეტანილი იქნა „ჰელსინკის დეკლარაციაში“ 1975 წელს). გამოსაკვლევა უნდა იცოდეს, რომ მას შეუძლია უარი განაცხადოს კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე, როგორც კვლევის დაწყებამდე, ასევე ნებისმიერ ეტაპზე“. უარი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ახდენდეს ზეგავლენას ექიმისა და პაციენტის ურთიერთდამოკიდებულებაზე. დეკლარაციაში ხაზგასმულია, რომ მნიშვნელოვანია, „როცა პოტენციური გამოსაცდელი თანხმობას განაცხადებს, იგი არ უნდა იყოს დამოკიდებული თავის მკვლევარზე და არ უნდა ხდებოდეს მასზე ზეწოლა“. ამ გარემოების გათვალისწინებით, სასურველია, თუ ამგვარ თანხმობას „მიიღებს ექიმი, რომელიც არა მარტო უშუალოდ არ არის დაკავებული ექსპერიმენტის ჩატარებით, არამედ არავითარი ოფიციალური დამოკიდებულებაც არ გააჩნია“. „ნიურნბერგის პროცესისგან“ განსხვავებით დეკლარაცია ითვალისწინებს ასეთი თანხმობის მიღებას ქმედუნარო პირისგანაც, ე.ი. მისი „კანონიერი წარმომადგენლისგან“ (მე-6-9 მუხლები).

3. სავალდებულოა პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის პრინციპის დაცვა, ასევე უნდა იქნას დაცული ადამიანის უფლება, რათა მან იცოდეს (ან არ იცოდეს) საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა (მე-10 მუხლი).

4. აკრძალულია ადამიანთა შორის დისკრიმინაციის ნებისმიერი გამოვლინება გენეტიკური დახასიათების ინფორმაციის საფუძველზე (მე-11 მუხლი). მხოლოდ და მხოლოდ

თერაპიული მიზნებით უნდა ჩატარდეს ისეთი სახის ტესტირება, რომელიც იძლევა ინფორმაციის მიღების საშუალებას იმის შესახებ, თუ რომელი მემკვიდრული დაავადების მატარებელია ესა თუ ის ადამიანი, ან თუ არსებობს ასეთის განვითარების მიდრეკილება; მხოლოდ ამ მიზნისთვის შეიძლება გაცხადდეს ინფორმაცია ასეთი ტესტირების შესახებ (მე-12 მუხლი). აკრძალულია ამა თუ იმ ადამიანის გენომზე ზემოქმედება მისი შთამომავლობის გენომის შეცვლის მიზნით (მე-13 მუხლი). ასევე, აკრძალულია მომავალი ახალშობილის სქესის არჩევა, იმ შემთხვევების გარდა, როცა სქესთან შეჭიდული სერიოზული დაავადების საშიშროება არსებობს. (მე-14 მუხლი).

5. პატივი უნდა მიეგოს მეცნიერთა უფლებებს სამეცნიერო გამოკვლევების ჩატარებისას, რაც, რა თქმა უნდა, „კონვენციის“ დებულებების დაცვით უნდა ჩატარდეს, ასევე სხვა სამართლებრივი დოკუმენტების გათვალისწინებით, რომლებიც მიმართულია ცალკეული ადამიანის უფლებების, ღირსებისა და ინტერესების დაცვაზე (მე-15 მუხლი). აკრძალულია ადამიანის ემბრიონების შექმნა გამოკვლევის მიზნით (მე-18 მუხლი).

6. ცოცხალი დონორისგან ორგანოსა და ქსოვილის აღება მათი შემდგომი ტრანსპლანტაციის მიზნით შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ ამ უკანასკნელის თანხმობით და მხოლოდ თერაპიული მიზნით (მე-19 მუხლი). ადამიანის სხეული, ასევე მისი ნაწილები არ შეიძლება გამოყენებულ იქნას ფინანსური მოგების მისაღებად (მე-21 მუხლი).

7. თითოეული სახელმწიფო, რომელიც მიუერთდება კონვენციას, ვალდებულია იღებს განახორციელოს კანონმდებლობაში შესაბამისი ცვლილებები: „თითოეულმა მხარემ თავის კანონმდებლობაში უნდა შეიტანოს ამ კონვენციის დებულებების განხორციელებისათვის საჭირო ცვლილებები“ (1-ლი მუხლი).

ასევე, მთავრობას შეუძლია შიდა კანონმდებლობაში გაითვალისწინოს უფრო მკაცრი ღონისძიებები, რომლებიც მიმართულია, რათა უზრუნველყოს ბიოლოგიისა და მედიცინის გამოყენებისას ადამიანის დაცვის უფრო ფართო ზომები, ვიდრე ეს დადგენილია კონვენციით (27-ე მუხლი).

8. 28-ე მუხლში - საჯარო განხილვა - კონვენციის ერთ-ერთი მთავარი მოთხოვნაა: „კონვენციის მხარეებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ ბიოლოგიისა და მედიცინის მიღწევები საზოგადოების განსჯის საგანია, განსაკუთრებით შესაბამის სამედიცინო, სოციალურ, ეთიკურ და იურიდიულ სფეროებში და მათი გამოყენების შესაძლებლობა უნდა გახდეს სათანადო განხილვის საგანი“.

„ნიურნბერგის კოდექსისის“, „ჰელსინკის დეკლარაციისა“ და სხვა მსგავსი დოკუმენტების დებულებების შედარებისას უნდა გაითვალისწინოთ, რომ ისინი მოიცავს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევების და ექსპერიმენტების სფეროს, რომელიც ვრცელდება მხოლოდ ადამიანებზე და ატარებენ მორალური მოთხოვნების ხასიათს. ამის საპირისპიროდ „კონვენციის“ დებულებები ვრცელდება ამ კვლევების შედეგების გამოყენებაზე სამედიცინო პრაქტიკაში, და შესაბამისად, წარმოადგენს საერთაშორისო სამართლის ელემენტს. ასე, რომ კონვენციაზე ხელმოწერის შემდეგ ქვეყანისთვის კონკრეტული ვალდებულებები წარმოიქმნება საერთაშორისო თანამეგობრობის წინაშე.

ამ დროს უნდა გავიხსენოთ „კონვენციის“ 28-ე მუხლი. მასში გაცხადებულია მოთხოვნა ბიოსამედიცინო მეცნიერების პროგრესთან და მისი მიღწევების პრაქტიკულ გამოყენებასთან დაკავშირებულ ფუნდამენტური პრობლემების „სოციალურ-ეკონომიკური, ეთიკური და იურიდიული ასპექტების“ „ფართო საზოგადოებრივი განხილვის“ შესახებ. მართლაც, თანამედროვე პუბლიკაციებში გვხვდება პროფესიონალი ექიმის მიერ გამოქვეყნებული ანალიზური სტატიები სამედიცინო მოღვაწეობის „ეთიკური მხარეების“ შესახებ. განსაკუთრებით აღსანიშნავია ეთიკური კომიტეტების ჩამოყალიბების ტენდენციის გაჩენა, ასევე, იზრდება პროფესიული გაერთიანებების, ექიმთა ასოციაციების რიცხვი, რომლებიც იღებენ პროფესიულ ეთიკურ კოდექსებს. ეს პროცესები საგულისხმოა იმითაც, რომ ფუჭად არ ჩაივლის ძალისხმევა, რომელიც მიმართულია პოლიტიკოსთა, სამედიცინო ადმინისტრატორების და კანონმდებელთა ყურადღების

მისაქცევად იმისაკენ, რომ ზოგად ასპექტში ადამიანის უფლებების დაცვის პრობლემას აქვს პირდაპირი და უშუალო კავშირი სამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკის სფეროსთან.

როგორც უკვე აღინიშნა, „დეკლარაციის“ მეორე და მესამე ნაწილების შეიცავენ ზემოთ ჩამოთვლილი პრინციპების კონკრეტიზაციას, მათ თავისებურ „პროექციას“ სიტუაციებზე, რომლებიც დაკავშირებულია კლინიკური და არაკლინიკური გამოკვლევების ჩატარებასთან. რაც შეეხება კლინიკურ კვლევებს, აქ უპირველეს ყოვლისა გაცხადებულია პრინციპი, რომლის თანახმადაც ექიმს „უნდა ჰქონდეს უფლება და შესაძლებლობა“ გამოიყენოს მკურნალობისა და დიაგნოზირების ახალი, ექსპერიმენტული მეთოდები იმ შემთხვევებში, როცა „მისი შეფასებით, ისინი იძლევიან პაციენტის სიცოცხლის ხსნის იმედს, ჯანმრთელობის აღდგენის ან ტანჯვის შემსუბუქების საფუძველს.“ როცა ძალისხმევა მიმართულია, მკურნალობაზე და იმავდროულად ისახავს წმინდა კვლევით მიზნებს, ანუ ახალი ცოდნის მოპოვებას, ასეთ შემთხვევაში კვლევა დასაშვებია მხოლოდ იმ ზომით, რა ზომითაც სარგებლობის მომტანია პაციენტის სამკურნალოდ ან სადიაგნოზოდ.

რაც შეეხება არაკლინიკურ კვლევებს, ანუ წმინდა მეცნიერულ მიზნებზე ორიენტირებულ კვლევებს, „დეკლარაციაში“ აღნიშნულია, რომ ამ შემთხვევებშიც „ექიმის ვალია - გამოსაცდელთა სიცოცხლის და ჯანმრთელობის დამცველი იყოს“. გამოსაცდელთა როლში არაკლინიკური კვლევებისას გვევლინებიან „ჯანმრთელი მოხალისეები, ან ის პირები, რომლებსაც გააჩნიათ ისეთი ხასიათის ავადმყოფობა, რომელსაც არა აქვს კავშირი ამ კვლევის არსთან“.

ცხოველებზე ჩატარებული ექსპერიმენტების ეთიკური პრობლემები

თანამედროვე სამედიცინო-ბიოლოგიური გამოკვლევებში ექსპერიმენტებში ცხოველებისადმი ჰუმანური მოპყრობის საკითხები სპეციალისტების და საზოგადოების მეტ

ყურადღებას იპყრობს. ეს განპირობებულია არა მარტო „მწვანეთა“ მოძრაობით, მათი გააფთრებული გამოსვლებით, რომლებშიც ისინი მოითხოვენ ექსპერიმენტებში ცხოველების გამოყენების სრულ აკრძალვას, რაც თავისთავად საერთოდ წარმოუდგენელი და შეუძლებელია.

წარმოდგენები ადამიანის ყველაზე ელემენტარული ფიზიოლოგიური ფუნქციების შესახებ სწორედ იმ მონაცემების საფუძველზე წარმოიქმნა, რომლებიც მიღებულ იქნა ცხოველებზე ჩატარებული ექსპერიმენტების საფუძველზე. მეცნიერების განვითარების ხელშეწყობის მიზნით ცხოველებზე ექსპერიმენტების ჩატარებამ ფართო მასშტაბები XIX საუკუნის დასაწყისში მიიღო და თავდაპირველად ძირითადად ფიზიოლოგიური გამოკვლევებით შემოიფარგლებოდა.

ცხოველების გამოყენებით ექსპერიმენტების რეგლამენტირების სფეროში სოციალური კანონმდებლობის შექმნის ყველაზე ადრეულ ნიმუშს წარმოადგენს კანონი, რომელიც მიღებულ იქნა ინგლისში და აიკრძალა ცხოველების მიმართ დაუნდობელი მოპყრობა.

დიდ ბრიტანეთში სამეფო საზოგადოება 1824 წელს შეიქმნა, რათა შეზღუდულიყო ცხოველების მიმართ უღმობელი მოპყრობა, და მხოლოდ 60 წლის შემდეგ შეიქმნა ნაციონალური საზოგადოება ბავშვების მიმართ სასტიკი დამოკიდებულების წინააღმდეგ.

1876 წელს ამ კანონის ძალაში შესვლის დროისთვის ბაქტერიოლოგია განვითარებას იწყებდა, ექსპერიმენტული ფარმაკოლოგია ჯერ ჩანასახის სტადიაში იმყოფებოდა, ხოლო ფარმაცევტული წარმოება არც კი ჩანდა პორიზონტზე. ამის გამო, იმ დროისთვის კანონი მიმართული იყო კონტროლის უზრუნველყოფაზე სუფთა ფიზიოლოგიურ ექსპერიმენტებზე, რომლებსაც ხერხემლიანებზე ატარებდნენ.

კანონი, რომელიც ამჟამად მოქმედებს, შედგენილია სამეფო კომისიის რეკომენდაციების საფუძველზე ცოცხალი ცხოველების სამეცნიერო ექსპერიმენტებში პრაქტიკული გამოყენების შესახებ. თანამედროვე პირობებში ეს კანონი ითვალისწინებს ნებართვის გაცემას არა მხოლოდ თვითონ ექსპერიმენტზე, არამედ იმ

სათავსზეც, რომელშიც საცდელი ცხოველები იმყოფებიან (განათების, ჰაერის სისუფთავის, წყალის მიწოდების მოთხოვნებს თუ აკმაყოფილებს). ინიშნება სამთავრობო ინსპექტორები, რომლებიც აკონტროლებენ კანონის დებულებების დაცვას და გასცემენ სხვადასხვა სახის მოწმობებს, რაც ცხოველებზე ექსპერიმენტების ჩატარების უფლებას იძლევა.

60-70-იან წლებში რიგ ევროპულ ქვეყნებში მიღებულ იქნა კანონები, რომლებიც მკაცრ რეგლამენტაციას აწესებდა არა მარტო ერთი ექსპერიმენტისთვის საჭირო ვირთაგვების, ბოცვრების რაოდენობაზე და სხვა, არამედ, ერთი ცხოველისთვის ტკივილის მიყენების და ნემსის ჩხველტების რაოდენობაზე ექსპერიმენტის მსვლელობისას. ასეთი მიდგომა გამართლებულია არა მარტო ეთიკური თვალსაზრისით ცხოველების მიმართ დამოკიდებულებაში, არამედ სარწმუნო შედეგების მისაღებადაც. რამდენადმე განსხვავებულია „ზოგადნაციონალური თვითრეგულაცია“, რომლის ნიმუშსაც წარმოადგენს ცხოველებისდმი მოპყრობის კანადური საბჭოს მიერ მიღებული სისტემა. ეს საბჭო დაფუძნდა 1968 წელს მუდმივი კომიტეტის სახით კანადის უნივერსიტეტთა ასოციაციებთან და კოლეჯებთან, იღებდა ფინანსურ მხარდაჭერას სამეცნიერო კვლევების ნაციონალური და სამედიცინო კვლევების კანადის საბჭოებისგან. მის შემადგენლობაში შედიან 15 ორგანიზაციის წარმომადგენლები, მათ შორის ორი წევრი ჰუმანურობის საზოგადოების კანადის ფედერაციის წარმომადგენელია. საბჭო სხვადასხვა ორგანიზაციებში ინიშნავს კომიტეტებს ცხოველების მიმართ მოპყრობის საკითხებზე და აკონტროლებს მათ მუშაობას, პერიოდულად მიაველენს ექსპერტების ჯგუფებს ყველა დაწესებულებაში, რომლების იყენებენ ცხოველებს სამეცნიერო კვლევების მიზნით და ექსპერტიზისთვის. ექსპერტებს არჩევს ცხოველებთა მიმართ მოპყრობისის კანადის საბჭო და ჰუმანურობის საზოგადოების კანადის ფედერაცია, რომელთა წარმომადგენლები ჯგუფის შემადგენლობაში შედიან.

შვეციაში მიღებულია რეგლამენტაციის სისტემა, რომლის

სტრუქტურაც ნაწილობრივ ჰგავს ბრიტანეთისთვის დამახასიათებელ პირდაპირ სახელმწიფოებრივ კონტროლს და ასევე მოიცავს ნებაყოფლობითი თვითრეგულაციის ელემენტებს, რომელიც კანადაში მოქმედებს. შვეციის ყოველ უნივერსიტეტში შექმნილია ეთიკის საკითხების შემსწავლელი კომიტეტები, რომლების ექვემდებარებიან სოფლის მეურნეობის სახელმწიფო სამმართველოს. „საერთაშორისო ეთიკური კოდექსის ექსპერიმენტების ჩატარების შესახებ ცხოველთა გამოყენებით“ თანახმად (International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals. CIOMS. Geneva, 1985.) იმის მიუხედავად, თუ ვის ექვემდებარება კომიტეტი, მასში თანაბრად უნდა იყენენე წარმოდგენილნი მეცნიერები, ტექნიკური პერსონალი და არაპროფესიონალები.

მრავალი ექსპერიმენტი, რომელიც ნარკოზის შემოდებად ჩატარდა, მიხნეულია გაუმართლებლად უღმობლად და არაჰუმანურად. სწორედ ასეთი ფაქტები გახდა მიზეზი ვივისექციის წინააღმდეგ მოძრაობის დაწყებისა. საზოგადოების ერთი ნაწილი ცხოველების დასაცავად დაირაზმა და ზოგჯერ საკმაოდ ექსტრემისტულადაც გამოდიოდა. ასე, მაგალითად, 1995 წელს ლონდონში გამოქვეყნებულ ჟურნალ „ეკონომისტის“ მოწინავე სტატიაში საუბარი იყო „ცხოველთა უფლებებისთვის“ მოძრაობის მომხრეთა მიერ იმ ლაბორატორიების დარბევის შესახებ, რომლებიც მათ იყენებდნენ კვლევითი მიზნებისთვის. წარმოქმნილი დაპირისპირების გათვალისწინებით, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ 1989 წელს მიიღო „დებულება ბიოსამედიცინო კვლევებში ცხოველების გამოყენების შესახებ“ (41-ე სხდომაზე, ჰონ-კონგში, სექტემბერში). მასში ნათქვამია, რომ სამეცნიერო თანამეგობრობის მუშაობის გაგრძელების შესაძლებლობები, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით, საფრთხის ქვეშაა ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტებში ცხოველების გამოყენების აკრძალვის გამო. „დებულებაში“ აღნიშნულია, რომ ცხოველთა დამცველთა მოძრაობის ძალადობის შედეგები თავზარდემცემია. კერძოდ, აშშ-ში 1980 წლიდან ცხოველთა დამცველთა ორგანიზაციის ჯგუფმა 29-ჯერ დაარბია კვლევითი დაწესებულებები, გაიტაცეს

2000-ზე მეტი ცხოველი, მიაყენეს მატერიალური ზარალი 7 მილიონ დოლარზე მეტი და რამდენიმე წლიანი კვლევები გაანადგურეს. ამგვარი ქმედებები განმეორდა დიდ ბრიტანეთში, დასავლეთ ვეროპაში, კანადასა და ავსტრალიაში. სხვადასხვა ჯგუფები საკუთარ ორგანიზაციებს აცხადებდნენ პასუხისმგებლად მკვლევარების მანქანების, დაწესებულებების, მაღაზიების და კერძო სახლების აფეთქებების განხორციელებაზე. ასეთი ექსტრემიზმის გამართლება ძნელია. თანაც, თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ ეჭვს აღარ იწვევს ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების ჩატარების აუცილებლობა ადამიანებზე. ასე, რომ უფრო გონივრული იქნება არა აკრძალვის პოზიციის დაკავება, არამედ, ეთიკურ-სამართლებრივი რეგლამენტაციის დაწესება ამ სახის კვლევებზე, რაც უდავოდ, გამორიცხავს დაუნდობელ, არაჰუმანურ მოპყრობას ცხოველების მიმართაც. ცხოველებზე ექსპერიმენტების მიმართ ნეგატივიზმის ერთ-ერთი განხილული გამოვლინება 1997 წელს მოხდა, რომელიც უკავშირდებოდა რუსეთ-ამერიკულ პროექტს, როცა იგეგმებოდა დედამიწის ხელოვნური თანამგზავრზე მაიმუნების გამგზავრება კოსმოსში. მიუხედავად იმისა, რომ გადაწყვეტილება მიღებული იქნა პროექტის ძირეული განხილვის შემდეგ მედიკო-ბიოლოგიური პრობლემების ინსტიტუტის ეთიკური კომიტეტის სხდომაზე, ამერიკაშიც და რუსეთშიც ადგილი ჰქონდა საპროტესტო აქციებს.

მრავალი ქვეყნის პოლიტიკა ბოლო 30-40 წლის განმავლობაში ექსპერიმენტებში ცხოველების გამოყენების მასშტაბებს მკვეთრად ზღუდავს.

არსებობს საერთაშორისო დოკუმენტები, რომლებიც ცხოველებზე კვლევებისა და ექსპერიმენტების ჩატარების რეგლამენტაციას ახდენენ. ასეთი სახის ერთ-ერთი ძირითადი დოკუმენტია „საერთაშორისო რეკომენდაციები ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების ჩატარების შესახებ ცხოველების გამოყენებით“, რომელიც შემუშავდა „სამედიცინო სამეცნიერო საზოგადოებების საერთაშორისო საბჭოს“ (CIOMS) მიერ 1985

წელს.⁴ ამ რეკომენდაციების ძირითადი დებულებები შემდეგია:

- საჭიროა ძალისხმევის გამოჩენა იმისთვის, რათა ცხოველებზე ექსპერიმენტების ნაცვლად მოხდეს მათი შეცვლა მათემატიკური მოდელებით, კომპიუტერული მოდელებითა და ბიოლოგიური სისტემებით *in vitro*;

- საჭიროა შესაძლებლობის ფარგლებში გამოყენებულ იქნას ცხოველების მინიმალური რაოდენობა;

- საჭიროა ისეთი ეთიკური იმპერატივების დაცვა, როგორებიცაა ცხოველებზე მზრუნველობა, ასევე დისკომფორტის, დისტრესის, ტკივილის მინიმუმამდე შემცირება ან თავიდან აცილება;

- საჭიროა იმის გათვალისწინება, რომ ის, რაც ტკივილს აყენებს ადამიანს, ცხოველისთვისაც მტკივნეულია;

- საჭიროა გამოყენებულ იქნას საანესტეზიო, ანალგეზიური და სედაციური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები; თუკი მოთხოვნების მიხედვით ექსპერიმენტი ამგვარი საშუალებების გამოყენების გარეშე უნდა ჩატარდეს, ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია ეთიკური კომიტეტის თანხმობის მიღება;

- თუკი ექსპერიმენტის შემდეგ ცხოველი განწირულია გასატანჯად, ქრონიკულ ტკივილებს ან მძიმე დასახიჩრებას მიიღებს, მაშინ იგი უმტკივნეულოდ უნდა მოაკვდინონ.

„საერთაშორისო რეკომენდაციები“ არ იმეორებენ სხვადასხვა ქვეყნებში მოქმედ თვითრეგულაციის მექანიზმებს. მათში ფორმულირებულია ლაბორატორიული ცხოველებისადმი მოპყრობის ეთიკური წესების საფუძვლები. CIOMS-ის მიერ მიღებული რეკომენდაციები შეიძლება გახდეს ნებისმიერი ქვეყნის კანონმდებლობის საფუძველი, ამასთანავე, შეუძლიათ უშუალოდ იხელმძღვანელონ იმ პირებმა და დაწესებულებებმა, რომლებიც ცხოველებზე ექსპერიმენტებს ატარებენ, ასევე ადმინისტრაციული, საკანონმდებლო ორგანოთა და საზოგადოების დაინტერესებული წარმომადგენლები. ექსპერიმენტული ცხოველების გამოყენებისა და კონტროლის სარეგლამენტაციოდ მიღებული ზომები განსხვავებულია არა

⁴ International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals. CIOMS. Geneva, 1985

მარტო სხვადასხვა ქვეყნებში, არამედ გააჩნიათ საკუთარი ინდივიდუალური თავისებურებები ერთი ქვეყნის ფარგლებში (მაგალითად, აშშ-ს სხვადასხვა შტატებში). ზოგ ქვეყანაში ხელმძღვანელობენ კანონებით, რომლებიც აღკვეთენ ყოველგვარ უღმობელ მოპყრობას ცხოველების მიმართ. სხვადასხვა ქვეყნებში გათვალისწინებულია ინსპექციური კონტროლის განხორციელება ნაციონალური კანონმდებლობის შესრულებაზე, რომელიც ეხება კონკრეტული ექსპერიმენტებისთვის საჭირო ცხოველების შენახვის პირობებს (მაგალითად, კვების რაციონი ონკოპრეპარატების შესწავლისას, ან გენეტიკური კვლევებისას, კარდიო-პრეპარატების უსაფრთხოების შეფასებისას და სხვა), ასევე ცხოველების რაოდენობას.

მაგალითად, აშშ-ში მოქმედებს „სახელმწიფო პრინციპები, რომლებიც ეხება ხერხემლიანი ცხოველების გამოყენებას და მოპყრობას ექსპერიმენტების ჩატარების, სამეცნიერო კვლევებისა და სასწავლო სამუშაოების დროს“, რომელიც მიღებულია ლაბორატორიული ცხოველების უწყებათშორისი კომიტეტის CIOMS-ის რეკომენდაციებზე დაყრდნობით (Federal Register. 49 (140). July 19. 1984, p.29350-29359.). ამ დოკუმენტის გარდა აშშ-ში 1987 წელს მიიღეს კანონი, რომელიც ტოქსიკოლოგიურ კვლევებში აღტერნატიული მოდელების გამოყენებას არეგულირებს. მეთოდს, რომლის გამოყენებასაც ექსპერიმენტის მსვლელობისას მოსდევს ცხოველების 50%-ის დაღუპვა, მრავალი ქვეყნის სპეციალისტები მიიჩნევენ არა მარტო როგორც ანტიჰუმანურს, არამედ, როგორც ანტიმეცნიერულსაც, ასეთი გზით მიღებულ მონაცემებს არ თვლიან ადამიანის ჯანმრთელობისთვის საკმარისად უსაფრთხო კრიტერიუმად. სამკურნალო ან კოსმეტიკური საშუალების, საკვები დანამატის და ნებისმიერი სხვა პროდუქტისთვის. არსებობს საცდელი ცხოველების რაოდენობის მინიმუმამდე შემცირების რეალური შესაძლებლობები. ასეთი პირობები შეიძლება პრაქტიკულად განხორციელდეს ე.წ. „აღტერნატიული მოდელების“ ფართო დანერგვით, მათ შორის - „კულტურალური მეთოდები“, რომლებიც ხასიათდება მაღალი მგრძნობელობით მცირე „არატოქსიკური დოზების“ მიმართ, რომელთა მოქმედებაც

ცხოველებზე ვლინდება მხოლოდ გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ. „ალტერნატიული მოდელების“ სტანდარტები უზრუნველყოფენ წარმადობის მაღალი დონეს, ანუ მიღებული შედეგები სტატისტიკურად სანდოა. საერთაშორისო სამედიცინო-ბიოლოგიური საზოგადოება მხარს უჭერს „ალტერნატიულ მოდელებს“ არა მარტო ჰუმანური და ეკონომიკური მოსახრებებით არამედ, უფრო სანდო შედეგების მიღების მიზნითაც. უნიკალურ ალტერნატიულ ბიოლოგიურ მოდელებად (აბმ) მიჩნეულია კულტურალური - ორგანოების, ქსოვილების, უჯრედების ორგანიზმის გარეთ არსებობა სიტყვასიტყვით "in vitro" ნიშნავს „სინჯარაში“, „შუშაში“. მაგრამ თანამედროვე ბიოლოგიაში ეს ტერმინი ექსპერიმენტში უფრო ფართო გაგებით გამოიყენება და იგულისხმება სხვა მრავალი ალტერნატიული მოდელი, რომლებიც ცვლის საცდელ ცხოველებს. ალტერნატიული მოდელი შეიძლება იყოს ნებისმიერი ცოცხალი სისტემა: ბაქტერიები, ფრინველის განაყოფიერებული კვერცხუჯრედები, ინფუზორიების, ბაყაყის ემბრიონები და სხვა. ალტერნატიულ მოდელებს ასევე მიეკუთვნება ანალიზის ფიზიკური და ქიმიური მეთოდების გამოყენება, მათემატიკური და მოლეკულური მოდელირება კომპიუტერების გამოყენებით. აშშ-ში ამ დოკუმენტის გარდა 1987 წელს გამოვიდა კანონი, რომელიც ალტერნატიული მოდელის გამოყენებას მიუთითებდა ტოქსიკო-ჰიგიენურ კვლევებში. უფრო მეტიც, ლაბორატორიული კვლევების ჰუმანიზაციის პრობლემით არის დაკავებული აშშ-ს კონგრესი, რომელმაც შექმნა „ცხოველებზე ექსპერიმენტების შეცვლის შესაძლებლობების შემსწავლელი კომისია“, რომელიც ალტერნატიული მოდელების მოსაძიებლად 7-10 მილიონს ხარჯავს ყოველწლიურად. შედეგად კი ექსპერიმენტულ ბიოლოგიაში და პრაქტიკულ მედიცინაში 50-70%-ში იყენებენ ალტერნატიულ მოდელებს. ასევე ინგლისში 1991 წელს შეიქმნა კომიტეტი საცდელი ცხოველების რაოდენობის შემცირების მიზნით. დიდი ბრიტანეთის კანონის თანახმად არ დაფინანსდება არც ერთი გამოკვლევა, თუკი მასში არ იქნება გათვალისწინებული პუნქტები ექსპერიმენტში ცხოველების ჩასანაცვლებლად.

ბოლო 40 წლის განმავლობაში ქვეყნების უმეტესობამ მიიღო ახალი კანონები, რომლებიც ზღუდავს ცხოველების გამოყენებას ფარმაკოლოგიურ, ტოქსიკოლოგიურ და ჰიგიენურ ექსპერიმენტებში. საბოლოოდ დადგინდა, რომ მხოლოდ ცხოველებზე მიღებული ექსპერიმენტული მონაცემების ადამიანზე პირდაპირ გადატანა მნიშვნელოვან შეცდომებს იწვევს. ამიტომ ამ მეთოდს ამჟამად არ გააჩნია თეორიული საფუძველი და მხოლოდ თავისუფალი ალბათობის ხარისხი აქვს. ბოლო 50 წლის განმავლობაში დაგროვილი ფაქტიური მასალის საფუძველზე ეჭვის ქვეშ დგება (ხოლო ზოგ ექსპერიმენტში საერთოდ გამორიცხულია) მოქმედი დოზის გამოხატვის და შედარების წესი მილიგრამებით 1 კგ სხეულის წონაზე. მაგალითად, არ შეიძლება თანაბარი მნიშვნელობის იყოს ადამიანის სხეულის მასა მოზარდის ან ჩვილის, 25-30 წლის ან სამოცი წლის ასაკში. ინდივიდუალური მგრძობელობის გათვალისწინებით, შეუძლებელია იმის მტკიცება, რომ „არატოქსიკური“ დოზა თავისთავის და ადამიანისთვის ერთმანეთს ემთხვევა. უფრო მეტიც, უცხოური ფარმაკოლოგიური და ტოქსიკოლოგიური კვლევებით ცნობილია, რომ ნივთიერების არატოქსიკური დოზის გამოხატვა სხეულის წონის მგ/კგ-ში ადგენს სხვადასხვა შენაერთების ტოქსიკური მოქმედების მიმართ ნაკლებ მგრძობელობას უფრო მცირე, ვიდრე უფრო მეტი ზომის ცხოველებისთვის. ამის ახსნა შეიძლება უფრო სწრაფად მიმდინარე ნივთიერებათა ცვლის პროცესებით პატარა ცხოველებში დიდებთან შედარებით. არსებობს კიდევ ერთი ახსნა, კერძოდ, ადამიანის დნმ-ის რეპარაცია (ანუ დაზიანების შემდეგ აღდგენა) განსხვავებულია თავგთან, ხართან, სპილოსთან, ზაზუნასთან და სხვა ცხოველებთან შედარებით. ამის გარდა, ძალიან მცირე კონცენტრაციით შეიძლება მავნე იყოს მრავალი სხვადასხვა ქიმიური და ბიოლოგიური გენეზის ნივთიერება და მათი მეტაბოლიზმის პროდუქტი. ცხოველის ორგანიზმზე მათი მოქმედება შეიძლება არ გამოვლინდეს, მაგრამ გასათვალისწინებელია, განსაკუთრებით ბავშვის ორგანიზმისთვის, რომ კანცეროგენზის პროცესისთვის

არსებობს ხანგრძლივი ლატენტიური პერიოდი, რომელიც, როგორც წესი, უფრო ხანგრძლივდება, რაც უფრო ნაკლებია ზემოქმედების ხარისხი, რომელიც თავდაპირველად განისაზღვრება, როგორც არატოქსიკური ცხოველებზე ჩატარებული ტესტირებისას. ადამიანებსა და ცხოველებს უმეტესი დაავადებები სხვადასხვანაირად უვითარდებათ და მათი მიმდინარეობაც განსხვავებულია, მაშინაც კი, როცა ერთნაირი ნოზოლოგიური დასახელება გააჩნიათ. ადამიანის ორგანიზმში დაზიანების მექანიზმების მიმდინარეობა, ასევე ტოქსიკური და პათოგენური ზემოქმედება მნიშვნელოვნად განსხვავდება ცხოველებისგან. ეს დადგენილია ადამიანის დაავადებების პათოგენეზის შესწავლით. ადამიანის ორგანიზმი უფრო რთულია, მასზე გარემო ფაქტორების მოქმედებაც განსხვავებულია.

მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესი ქმნის ახალ ავადმყოფობებს, რომლებიც ძველად არასოდეს წარმოქმნილა. გაჩნდა რადიაციული, კომპიუტერული, საავიაციო გადაფრენებთან დაკავშირებული ავადმყოფობები, პროფესიულ პათოლოგიათა რიცხვიც იზრდება, რომლებიც გამოწვეულია საწარმოო პროცესითა და მავნე მასალებით. ხოლო სოციალური ფაქტორები განსაკუთრებული მხოლოდ ადამიანისთვის დამახასიათებელი დაავადებების მიზეზი ხდება, რაც თითქმის არ გვხვდება ცხოველებში. ესენია მიოკარდიუმის ინფარქტი, ჰიპერტონიული, ასევე წყლულოვანი დაავადება, ბრონქიალური ასთმა, ზოგიერთი სახის სიმსივნე და ფსიქიკური დაავადებები. ადამიანისთვის დამახასიათებელია პათოლოგიური პროცესების სიმრავლე და ფორმების მრავალფეროვნება ყველა ცალკეულ სახეობასთან, მათ შორის უმაღლეს უძუძუმწოვრებთან შედარებით. მაიმუნებს, ადამიანისმსგავსთა ჩათვლით, სიმსივნე არა მარტო ადამიანებზე, არამედ სხვა ცხოველებზე ნაკლებადაც ემართებათ, რომლებიც ევოლუციურად ქვედა საფეხურებზე დგანან. სიმსივნეები უფრო ხშირად შინაურ ცხოველებს ემართებათ, განსაკუთრებით კი ისეთებს, რომლებიც ადამიანის ცხოვრების პირობებს იზიარებენ, ძაღლებსა და ცხენებს. ძაღლებიდან ყველაზე ხშირად ხელოვნურად

გამოყვანილი ჯიშები სწეულდებიან. ექსპერიმენტატორები ახდენენ ადამიანის ავადმყოფობების ელემენტების მოდელირებას, ე.ი. მხოლოდ რაიმე სიმპტომის ან სინდრომის, მაგრამ არა მთლიანად ავადმყოფობის.

ეთიკური კომიტეტები: შექმნის ისტორია, ძირითადი მიმართულებები და მოღვაწეობის პრობლემები

„კონვენციაში ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ არის მითითებული, რომ ნებისმიერი გამოკვლევა ადამიანზე შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ მაშინ, როცა „კვლევის გეგმა დამტკიცებულია კომპეტენტური ორგანოს ე.ი. ეთიკური კომიტეტის მიერ, გეგმის სამეცნიერო ღირებულების დამოუკიდებლად შესწავლის, მათ შორის კვლევის მიზნების მნიშვნელობის და მისი ეთიკურობის მულტიდისციპლინარული შეფასების შემდეგ“. (თავი V. სამეცნიერო კვლევა, მე-16 მუხლი).

პირველად, საერთაშორისო პრაქტიკაში „სპეციალური კომიტეტი“ მოიხსენიება „ჰელსინკის დეკლარაციაში“, რომელიც მიიღო ექიმთა საეთაშორისო ასოციაციამ ტოკიოში 1975 წლის ოქტომბერში, რომლის ძირითადი მიზანი განისაზღვრა, როგორც გამოსაცდელთა უფლებების, ღირსების, ასევე ფიზიკური და ფსიქიკური კეთილდღეობის დაცვა. „ჰელსინკის დეკლარაციის“ თანახმად, ასეთი კომიტეტი „დამოუკიდებელი“ უნდა იყოს, ანუ არ უნდა იყოს დაკავშირებული არც მკვლევართან, არც გამოკვლევის დამფინანსებელ სტრუქტურასთან (ან კერძო პირთან), და უნდა მოქმედებდეს ქვეყნის კანონმდებლობის შესაბამისად. ეს კომიტეტი „აანალიზებს წარდგენილ გამოკვლევის ოქმს, შეაქვს მასში კორექტივები და იძლევა რეკომენდაციებს (მოწონების ან უარყოფის შემთხვევაში)“. „ჰელსინკის დეკლარაციის“ ტექსტის ამ დამატების მიღების შემდეგ მოხდა მთელი რიგი ნაციონალური და საერთაშორისო დოკუმენტების მიღება, რომლებიც მათი მოღვაწეობის ძირითადი მიმართულებების რეგლამენტირებას ახდენენ, ასევე მათი ორგანიზების და შემადგენლობის საკითხებსა და ა.შ.

დაზუსტებას მოითხოვს ერთი მომენტი, ე.წ. „ეთიკური კომიტეტების“ კრებით ცნებაში გაერთიანებულია სხვადასხვა ქვეყნებში მოფუნქციე სტრუქტურები, რომლებიც სხვადასხვა სახელებს ატარებენ.

ჩვენს ქვეყანაში ეთიკური კომიტეტის არსებობისთვის საკანონმდებლო ბაზა პირველად შეიქმნა 1997 წელს „საქართველოს კანონის ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მიღების შემდეგ, კერძოდ, 62-ე მუხლის თანახმად „სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის უფლებებისა და სამედიცინო ეთიკის ნორმების დაცვის უზრუნველსაყოფად იქმნება სამედიცინო ეთიკის კომისია“. ასეთი კომისიის მიზნად აღნიშნული კანონის XIX თავში „სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა“, 107-ე მუხლში გაცხადებულია: „კვლევის სამეცნიერო გეგმა განხილული და რეცენზირებული უნდა იქნას მკვლევარებისა და დამფინანსებლისგან დამოუკიდებელი სპეციალური კომისიის და სამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ“. ასევე, აღნიშნულია, რომ მისი ჩამოყალიბების კრიტერიუმები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

ფორმირების ეტაპზე მყოფი სტრუქტურისთვის გასათვალისწინებელია სხვა ქვეყნების ეთიკური კომიტეტების შექმნისა და მოღვაწეობის საერთაშორისო გამოცდილება, მათი ძირითადი მიმართულებები, ასევე, მათი თავისებურებები.

ეთიკური კომიტეტების ისტორია

ბიოეთიკის ცნობილი ამერიკელი სპეციალისტის რ. ლივანი წერდა, რომ ამერიკაში ეთიკური კომიტეტის წინამორბედი სტრუქტურა, რომელიც მოღვაწეობდა დაწესებულებებში, სადაც ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტები ტარდებოდა, უკვე არსებობდა მანამ, სანამ 1964 წელს „ჰელსინკის დეკლარაციას“ პირველი რედაქციით მიიღებდნენ. მასში ჯერ კიდევ არ იყო ნახსენები ამგვარი კომიტეტების შესახებ.

ეთიკური კომიტეტების პროტოტიპები გაჩნდა ამერიკის კლინიკებში 1953 წლიდან, როცა დაიწყო ე.წ. „საექპერტო

კომიტეტების“ (peer review committees) ჩამოყალიბება, რომელთა ამოცანას წარმოადგენდა ამათუიმ გამოკვლევის ექსპერტული შეფასება. ამ მომენტამდე ამერიკელი ექიმი-მკვლევარების მოღვაწეობა, ისევე, როგორც მთლიანად სამედიცინო საზოგადოების, რეგულირდებოდა პროფესიული ავტონომიის პრინციპების შესაბამისად, რაც იმას ნიშნავდა, რომ თვითონ მკვლევარები (ან ინსტიტუტები და კლინიკები, სადაც ისინი მუშაობდნენ) განსაზღვრავდნენ იმ მომენტს, როცა რაიმე გამოკვლევა, მათივე აზრით, მიუღებლად საშიში ხდებოდა. ასევე მათი გადასაწყვეტი იყო გამოკვლევის შესახებ როგორი მოცულობითა და რა სახის ინფორმაცია უნდა მიეწოდებინათ გამოსაცდელთათვის, რომლებიც კლინიკურ კვლევებში მონაწილეობდნენ.

ამერიკის ფედერალური კანონმდებლობის მოთხოვნით 1966 წლიდან, სავალდებულო გახდა გამოკვლევების პროექტების წინასწარი დამოუკიდებელი შეფასება. მასში მითითებულია: „ასეთი დამოუკიდებელი შეფასება უნდა ეხებოდეს შემდეგ საკითხებს:

- 1) გამოსაცდელთა უფლებების დაცვის გარანტიებს;
- 2) კვლევაში მათ მონაწილეობაზე ინფორმირებული თანხმობის მიღების მეთოდებს;
- 3) თანაფარდობას რისკსა და მოსალოდნელ სარგებლობას შორის, რაც დაკავშირებულია გამოკვლევის ჩატარებასთან.

სამეცნიერო კვლევების შეფასების მექანიზმის შესაქმნელად ამერიკის ფედერალური კანონმდებლობით განისაზღვრა ე.წ. „დაწესებულებების სამეთვალყურეო საბჭოები“ (institutional review boards - IRB), რომლებიც, მოწოდებულნი იყვნენ ეთიკური კომიტეტის ფუნქციის შესასრულებლად, შემდგომში მრავალ ნაციონალურ და საეთაშორისო დოკუმენტში იწოდებოდა „გამოკვლევების ეთიკის კომიტეტებად“ (research ethics committees).

დასკვნა

ადამიანებზე კლინიკური კვლევების და სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტების ჩატარების ეთიკური წესები

თანამედროვე მეცნიერული მიღწევების ინფორმაციულ მორევში რთულია ყველანაირი ინფორმაციის გატარება და გაცხრილვა, რათა დაილექოს მხოლოდ სავალდებულო და საჭირო. სხვადასხვა სფეროს სპეციალისტებს შორის მნიშვნელოვანია ინფორმაციის გაცვლა და ანალიზი, მოღვაწეობის სფეროთა განსხვავებების მიუხედავად, რათა მოხდეს მეცნიერული მიღწევების პრაქტიკული გამოყენება.

მედიცინის ნორმალური განვითარება წარმოუდგენელია ადამიანებზე კლინიკური კვლევების და სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტების მუდმივად ჩატარების გარეშე. ობიექტური ცოდნა საზოგადოებისთვის წარმოადგენს ფუნდამენტურ ფასეულობას, ამიტომ, ზოგჯერ გამართლებელია რისკი მათთვის, ვინც გამოკვლევის „ობიექტის“ როლში გვევლინება. ამასთანავე, რაც არ უნდა მაღალი იყოს ობიექტური ცოდნის მნიშვნელობა, იგი ყველა შემთხვევაში უნდა შეეფარდებოდეს არანაკლები მნიშვნელობის, ხოლო ზოგ შემთხვევაში კი უფრო ღირებულ სოციალურ ფაქტორებს. ეს ფაქტორები შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად:

- ადამიანის, როგორც პიროვნების პატივისცემა;
- გულმოდგინება და სიკეთის ქმნა;
- სამართლიანობა;
- სოლიდარობა.

1. ადამიანის, როგორც პიროვნების პატივისცემა გამომდინარეობს მისი თავისუფალი ნების აღიარებიდან, რომელსაც გააჩნია უფლება და შესაძლებლობა შეასრულოს განმსაზღვრელი როლი გადაწყვეტილების მიღებისას ისეთ საკითხებში, რომლებიც ეხება მის ფიზიკურ და (ან) სოციალურ კეთილდღეობას. ადამიანი უნდა იყოს საკუთარი სხეულის ბატონ-პატრონი, რომლის გაცნობიერებული და ნებაყოფლობითი თანხმობის გარეშე პრინციპულად არ უნდა ჩატარდეს არავითარი მანიპულაცია, მათ შორის პროფილაქტიკური,

კვლევის, სადიაგნოზო და სამკურნალო. პიროვნებას ასევე მიკუთვნებული აქვს განსაზღვრული უფლებები, რათა მისთვის ხელმისაწვდომი იყოს, გააკონტროლოს და განკარგოს კლინიკური, მედიკო-ბიოლოგიური და სხვა სახის ინფორმაცია, რომლების ექიმებს მოპოვებული აქვთ მათ მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად. ადამიანის აღიარება პიროვნებად მაშინ ხდება, როცა მას რეალურად მიიჩნევენ საკუთარი განუმეორებელი და უნიკალური ცხოვრების შემოქმედად.

2. გულმოწყალება და სიკეთის ქმნა ექიმების აღიარების ქვაკუთხედია, რაც მათ მოღვაწეობის წარმმართველია, რათა თანაგრძნობით იხელმძღვანელონ ყოველი კონკრეტული პაციენტის საკეთილდღეოდ. ექიმებმა გულმოწყალებასა და სიკეთის ქმნას უნდა დაუქვემდებარონ და ხშირად ხელიც აიღონ მოღვაწეობის ისეთ მოტივებზე, როგორებიცაა შემეცნებითი, პედაგოგიური, კომერციული და სხვა.

3. სამართლიანობა გულისხმობს შესაძლებლობების პრინციპულ თანასწორობას ადამიანებს შორის სხვადასხვა კუთხით: ა) სამედიცინო დახმარების და მომსახურების ხელმისაწვდომობა; ბ) გაიმიჯნოს რისკის სიმძიმე სოცოცხლესა და ჯანმრთელობას, ტანჯვასა და პასუხისმგებლობას შორის.

4. მედიცინა არსებობს უძველესი დროიდან და სოლიდარობის გამოვლინების უმნიშვნელოვანეს პრინციპებს ემსახურება, რაც უზრუნველყოფს ცალკეული ადამიანის გადარჩენას, ე.ი. ზოგადად მთელი კაცობრიობის. ავადმყოფობები და ტრავმატიზმი ჩვენს საერთო პერსპექტივებსა და ინტერესებს ეხება. ამიტომ საზოგადოების ინტერესებშია შესაძლებლობის ფარგლებში ხელი შეუწყოს სამედიცინო მეცნიერებისა და პრექტიკის პროგრესს. პატივი უნდა მიეგოს ადამიანის სოლიდარობის გრძნობით ნაკარნახებ მზადყოფნას ნებაყოფლობით მიიღოს მონაწილეობა „ობიექტის“ სახით კლინიკურ კვლევებში და სამედიცინო-ბიოლოგიურ ექსპერიმენტებში.

ჩვენს მიერ დაკონკრეტებული ფაქტორები ერთმანეთს ავსებენ და ერთმანეთიდან გამომდინარეობენ, თუმცა იერარქიულ დამოკიდებულებაში არ არიან ერთმანეთთან.

შეჯამების შედეგად შეიძლება იმ წესების კონკრეტიზაცია, რომელთა დაცვაც საჭიროა კვლევების და ექსპერიმენტების ჩატარებისას. ეს წესებია:

1. სამედიცინო-ბიოლოგიურ ექსპერიმენტში ან კლინიკურ კვლევაში მონაწილეობაზე ნებაყოფლობითი, გაცნობიერებული (ინფორმირებული) თანხმობა, რომელიც დაფიქსირებულია წერილობითი შეთანხმების სახით ექიმსა (ექსპერიმენტის ან კვლევის ხელმძღვანელს) და პაციენტს (გამოსაკვლევს) შორის, რაც წარმოადგენს მკაცრ და აუცილებელ პირობას ექსპერიმენტის ან კვლევის ჩატარებისთვის.

ინფორმირებაზე პასუხისმგებელია კვლევის ან ექსპერიმენტის ხელმძღვანელი და არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება გადაებაროს სხვა პირებს.

პაციენტს (გამოსაკვლევს) უფლება აქვს უარი განაცხადოს კვლევაში მონაწილეობაზე მის ნებისმიერ სტადიაზე, იმავდროულად შეინარჩუნოს ყველა უფლება, რათა ბოლომდე მიიღოს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, რის საშუალებასაც იძლევა კანონმდებლობა ან ხელშეკრულება, რომელიც დადებულია პაციენტსა და დაწესებულებას შორის. როცა გამოსაცდელი ქმედუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პირია, ასეთ შემთხვევაში მისი ნათესავისგან ან კანონიერი წარმომადგენლისგან უნდა იქნას მიღებული ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობა კანონის თანახმად.

2. კვლევები და ექსპერიმენტები ადამიანზე გამართლებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი მოსალოდნელი მნიშვნელოვანი ცოდნის გაფართოება შეუძლებელია მიღებულ იქნას სხვა გზებით, ისეთებით, როგორებიცაა გულდასმით და სრულად სამეცნიერო სამედიცინო ლიტერატურის შესწავლა და დამუშავება, ცხოველებზე ან ხელოვნურ მოდელ-სისტემებზე ექსპერიმენტების ჩატარება, კომპიუტერული მოდელირება და სხვა.

3. ადამიანებზე გამოკვლევები დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა მოსალოდნელი მეცნიერული შედეგი საიმედოდ დასაბუთდება, როგორც შესაძლებელი, სამედიცინო

მეცნიერების განვითარების დონის მიღწევების შესაბამისად. დაუშვებელია ისეთი ექსპერიმენტები, რომლებიც ალაღბედზე წარმატების მიღწევის იმედით ტარდება.

4. ადამიანებზე ჩატარებული გამოკვლევები მორალურად მხოლოდ მაშინ არის გამართლებული, როცა იდეოლოგიით, მეთოდოლოგიით და მეთოდებით შეესაბამებიან თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერების სტანდარტებს. ადამიანებზე ჩატარებული ექსპერიმენტები, რომლებიც ეყრდნობა მოძველებულ თეორიებს, იყენებენ მოძველებულ მეთოდოლოგიებს და მეთოდებს, რითაც აკნინებენ მოპოვებული ინფორმაციის მეცნიერულ მნიშვნელობას, მიჩნეულია ამორალურად.

5. რისკის სიდიდე გამოსაცდელის სოცოცხლისთვის, ფიზიკური და სოციალური კეთილდღეობისთვის არ უნდა აჭარბებდეს მოსალოდნელი შედეგების სამეცნიერო მნიშვნელობას. კვლევის „ობიექტის“ როლში მყოფი ადამიანის ინტერესები მთელი კაცობრიობის ინტერესებზე მაღლა უნდა დადგეს.

6. კვლევები და ექსპერიმენტები ისე უნდა დაიგეგმოს, რომ მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი არასასურველი შედეგების რისკი. კვლევის „მასალებსა და მეთოდებში“ მკაცრად სავალდებულოდ უნდა იქნას შეტანილი შესაძლო ნეგატიური შედეგებისა და გართულებების კუპირებისთვის საჭირო ოპერაციული საშუალებები, ე.ი. შესაბამისი სპეციალისტების მონაწილეობაც აუცილებელია კვლევაში ამავე მიზნით.

7. კლინიკური კვლევები და სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტები ადამიანებზე შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ კვლევის ხასიათის შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე ექიმ-სპეციალისტთა ბრიგადის მიერ.

8. განაცხადი კლინიკური კვლევებისა და სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტების ჩატარებაზე, რომელსაც ერთვის პირადი ხელმოწერით დამოწმებული განაცხადება იმის შესახებ, რომ ყველა მკვლევარი ინფორმირებულია და ვალდებულებას იღებენ დაიცვან დადგენილი წესები, ასევე კვლევაში მონაწილეობაზე „ინფორმირებული თანხმობის ფორმულარის“

პროექტები ყველა კატეგორიის გამოსაცდელისთვის აუცილებლად უნდა განიხილონ დასამტკიცებლად კვლევაში მონაწილე მხარეებისაგან დამოუკიდებელ „ეთიკურ კომიტეტში“.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- 1) Адамс Р. Методы культуры клеток для биохимиков. М.: Мир, 1983.
- 2) Адо А. Д. Вопросы общей нозологии. М.: Медицина, 1985.
- 3) Актуальные вопросы стандартизации лабораторных животных для медико-биологических исследований. М., 1988.
- 4) Альберт А. Избирательная токсичность. М.: Медицина, 1989.
- 5) Блаватская Т. В. Из истории греческой интеллигенции эллинистического времени. М.: Наука, 1983.
- 6) Воткин С. П. Общие основы клинической медицины. С-Пб., 1887, с. 63.
- 7) Бочков Н. П., Чеботарев А. Н. Наследственность человека и мутагены внешней среды. М.: Медицина, 1989.
- 8) Вэкон Ф. Соч. в 2-х томах. Т. 1. М.: Мысль, 1972, с. 268. с. 12.
- 9) Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ РАН. М.: РНКБ, 1994.
- 10) Василенко В. Х. На грани античной и новой медицины//Терапевтический архив. 1983. в 1, с. 68, 73.
- 11) Васильев Ю. М., Гельфанд И. М. Взаимодействие нормальных и неопластических клеток со средой. М.: Наука, 1981.
- 12) Вересаев В. Записки врача. СПб. 1902 . С. 150.
- 13) Гиппократ. Избранные книги. М.: Сварог, 1994, с.74.
- 14) Глязер Г. О мышлении в медицине. М.: Медицина, 1969, с. 29.
- 15) Голубев А. Е. Общая гистология. С-Пб., 1874.
- 16) Гольдберг А. М., Фрезьер Дж. М. Испытания химических препаратов на токсичность: эксперименты на животных и их альтернатива // В мире науки. 1989. № 10.

- 17) Гусева Н. Аюр-веда наука о жизни // Наука и жизнь. 1969. № 5, с. 63.
- 18) Гусейнов А. А. Золотое правило нравственности. М.: Молодая гвардия, 1988, с.107-109.
- 19) Зеленин А. В., Куш А. А., Прудовский И. Л. Реконструированная клетка. М., 1982.
- 20) Зильбер Л. А., Ирлин И. С., Киселев Ф. Л. Эволюция вирусогенетической теории возникновения опухолей. М.: Наука, 1975.
- 21) Игнатъев В. Н., Лопухин Ю. М., Юдин Б. Г. Конвенция Совета Европы по биоэтике / Биомедицинская этика. М.: Медицина, 1997.
- 22) Иммунологические методы исследования. Под ред. И. Лефковитца и Б. Перниса. М.: Мир, 1988.
- 23) Кодкин А. С. Маймонид как естествоиспытатель и врач // Терапевтический архив. 1982. № 10, с. 138.
- 24) Кольцов Н. К. Физико-химические основы морфологии. 1927, с47.
- 25) Кон И. С. Сексуальность и нравственность. М.: Политиздат, 1990, с. 67.
- 26) Крейн С. Нейрофизиологические исследования в культуре ткани. М.: Мир, 1980.
- 27) Культура животных клеток. Методы. Под ред. Р.Фрешни. М.: Мир, 1989.
- 28) Ласт Дж. М. Максимальное использование результатов исследования // Всемирный форум здравоохранения. 1989-1990. Т. 10. № 1, с. 29-32.
- 29) Массарыгин А. От молитвы до присяги // Медицинская газета. 25 июня 1989.
- 30) Материалы 2-го Международного конгресса по токсикологии. Брюссель. 6-11 июля 1980.
- 31) Матэ Ж. Досье рака. М.: Мир, 1983.
- 32) Международный регистр потенциально токсичных химических веществ. Т. 7. №1. 1984, с. 16.

- 33) Методические рекомендации по культивированию клеток для диагностики наследственных болезней человека. Минздрав СССР. М., 1990.
- 34) Методические рекомендации для определения биологической активности токсинов в клеточных культурах и для более тщательной характеристики обезвреживания препаратов, содержащих дифтерийный токсин. Минздрав СССР, М., 1982.
- 35) Методы анализа хромосомных aberrаций у человека. Под ред. К. Банктона и Г. Эванса. ВОЗ, Женева, 1975.
- 36) Методы изучения клеточного иммунитета. Под ред. В. Блума и Ф. Глейда. М.: Медицина, 1974.
- 37) Мец А. Мусульманский Ренессанс. М.: Наука, 1973, с. 304.
- 38) Милушки О. Знайте свой ген. М.: Мир, 1981.
- 39) Миронов А. А., Рихтер М. Д., Миронов В. А. Сосудистый эндотелий в культуре ткани // Успехи современной биологии. 1986. Т. 101. Вып. 1, с. 126-140.
- 40) Миронова Л. Л., Червонская Г. П., Гринберг К. Н. и др. Штамм диплоидных клеток кожи и мышц эмбриона человека, используемый в качестве тест-системы для оценки безопасности медицинских иммунобиологических препаратов и культивирования вирусов полиомиелита. Авторское свидетельство № 1400068, 1986.
- 41) Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности. Для врачей и публики. С.-Пб., 1903, с.84. 22. Медицинская помощь. 1996. N 8, с. 33-34.
- 42) Мрыкин Ю. Н. Характерные черты развития общественной медицины в США на примере "Американской медицинской ассоциации" / Проблемы здравоохранения в дореволюционной России. М., 1978, с. 152.
- 43) Норман Х. Д. Этический кодекс CIOMS по проведению экспериментов с использованием животных // Хроника ВОЗ.Т. 39. № 3.
- 44) Нуралиев Ю. Я. Абу Али Ибн-Сина и вопросы врачебной этики //Клиническая медицина. 1980. № 10, с.113.

- 45) Овчинникова и Г. К. Скрыбина. М., 1981, с. 28, 116.
- 46) Пол Дж. Культура клеток и тканей. М.: Медгиз, 1963.
- 47) Прогресс в медицинской генетике. М.: Медицина, 1978.
- 48) Проскураков В. Парацельс. М., 1935, с. 73-74.
- 49) Роль клинико-фармакологической оценки лекарственных средств. Отчет о совещании рабочей группы ВОЗ. Копенгаген, 1972, с. 18, 36, 38.
- 50) Руководство по краткосрочным тестам для выявления мутагенных и канцерогенных химических веществ. Международная программа по химической безопасности. ООН, ВОЗ. Женева, 1989.
- 51) Рыбовлев Ю. Р. Прогнозирование действия ксенобиотиков на человека // Фармакология и токсикология. 1984. № 1.
- 52) Свенсон К, Уэбстер П. Клетка. М.: Мир, 1980.
- 53) Симпсон Дж., Голбус М. С., Мартин Э. О., Сарто Г. Е. Генетика в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1985.
- 54) Система для определения чувствительности культуры опухолевых клеток к действию лекарственных средств и облучению // Gen. Engin. News. 1987. V 7, p. 25.
- 55) Скворцов И. П. Наблюдения над жизнью гематов вне организма / Труды медицинской секции общества опытных наук. Харьков, 1885.
- 56) Современное состояние вопроса медико-генетического консультирования в мире (по материалам ВОЗ). ВОЗ. Женева, 1982.
- 57) Современные методы в выращивании и содержании лабораторных животных. Материалы советско-финского симпозиума. М., 1988.
- 58) Сорокина Т. С. История медицины. М.: Изд-во Российского университета дружбы народов, 1992.
- 59) Старение. Очерки развития проблемы. Л.: Наука, 1985, с. 59-70.
- 60) Тареев Е. М. Проблема ятрогенных болезней // Терапевтический архив. 1978. № 1.

- 61) Технические доклады ВОЗ: Клеточный иммунитет и устойчивость к инфекции (№519,1974); Фармакогенетика (№524,1975); Оценка канцерогенности и мутагенности химических соединений (№ 547,1975).
- 62) Тутцке Д. Деонтологические представления в период от Возрождения до Просвещения / История врачебнойдеонтологии. Тезисы докладов V симпозиума по истории медицины (СССР, ГДР, Лейпциг, 1-3 июня 1983 г.). М.,1983.
- 63) Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др. На грани жизни и смерти (Краткий очерк современной биоэтики в США.) М.: Знание 1989, с. 13-14. университета дружбы народов, 1992.
- 64) Утешев Б. С. О некоторых методологических вопросах скрининга иммуотропных средств // Фармакология и токсикология. 1984. № 3, с. 5-24.
- 65) Феннер Ф., Мак-Ослен Б., Миме С. и др. Профилактика и лечение вирусных болезней / Биология вирусов животных. Т. 2, с. 319.
- 66) Форсман С. Здоровье и окружающая среда. ВОЗ,1981, с. 113-120.
- 67) Фундаментальные науки в медицине. Под ред. Ю. А.Овчинникова и Г. К. Скрябина. М., 1981, с. 28, 116.
- 68) Хорст А. Молекулярные основы патогенеза болезней. М.: Медицина, 1982.
- 69) Червонская Г. П., Кравченко А. Т. Теоретические основы и экспериментальное обоснование к использованию культур клеток в разработке новых критериев оценки качества и стандартизации медицинских иммунобиологических препаратов // ЖМЭИ. 1986. №6.
- 70) Червонская Г. П., Панкратова Г. П., Миронова Л. Л., Крючкова Г. П., Фрейдин М. И. Методические указания по использованию культуры диплоидных клеток человека, рекомендуемых для токсиколого-гигиенических исследований. Минздрав СССР. М., 1991.

- 71) Червонская Г. П., Кравченко А. Т., Гринберг К. Н. и др. Цитотоксическое действие химических веществ, содержащихся в виде примесей в некоторых медицинских иммунобиологических препаратах // ЖМЭИ. 1988. № 12.
- 72) Щепотьев Н. Врачебная этика древних индийских и греческих врачей. Казань, 1890, с. 5.
- 73) Энциклопедический словарь медицинских терминов. М.: ВМЭ, 1984. Т. 3, с. 222.
- 74) Этические и правовые проблемы клинических испытаний и научных экспериментов на человеке и животных (Материалы к конференции). М.: РНКБ РАН, 1994.
- 75) Юдин Б.Г. БИОЭТИКА: принципы, правила, проблемы. Москва, 1998
- 76) Animal Cell Biotechnology. Ed. by R. E. Spier, J. B. Griffiths. N. Y.- Tokyo, 1985.
- 77) Balls M. Why Modification of the LD/50 Test will not be enough // Lab. Animal. 1991. V. 25, №3, p.11-13.
- 78) Carrel A. The permanent life of tissue outside of the organism // J. Exp. Med, №15. 516, p. 1910.
- 79) Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. DIR/JUR(96) 14, Strasbourg, November 1996.
- 80) Developments in Biological Standardization. Reduction of Animal Usage in the Development and Control of Biological Products. 1985, 1986. №64.
- 81) Enders J. F., Welter T. H., Robbins F. C. Cultivation of the Lansing strain of poliomyelitis virus in cultures of various human embryonic tissues // Science. 1949. 109, p. 85.
- 82) Explanatory Report to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. DIR/JUR (97) 1, Strasbourg, January 1997, p. 2.
- 83) Federal Register. 49 (140). July 19. 1984, p.29350-29359.

- 84) Frame News. Ed. by Gilly Griffin B. September 1989. №23.
- 85) Fujiwara H., Iwasa S. The quantitative assay of the clustering activity of the Lymphocytosis-promoting factor (pertussis toxin) of Bordella pertussis on Chinese hamster ovary (CHO) cells // J. of Biol. Standart.1989. V. 17, p. 53-64.
- 86) Harrison R.G. Observations on the living developing nerve fiber // Proc. Soc. exp. Biol. N. Y. №4.140, p. 1907.
- 87) Hellstrom I., Hellstrom K. E. Can "blocking" serum factors protect against autoimmunity? // Nature. 1972. V. 240. №5382, p. 471.
- 88) International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals. CIOMS. Geneva, 1985.
- 89) Jores A. Der Mensch und Seine Krankheit. Stuttgart, 1955.
- 90) LD/50 Testing and Classification Schemes: Possibilities for Change // Frame News. Nottingham, November 1989, p. 6-9.
- 91) Message in a bottle // The Economist. London,1995. V. 335. №7911, p. 93-97.
- 92) Raloff J. A Simple Test for the Presence of Potent Bacterial Toxins Saves Time, Money and a lot of Bunnies // Science News. 1980. V. 117. №3, p. 44-49.
- 93) Reduction of Animal Usage in the Development and Control of Biological Products. Basel-Paris-London-N.Y., 1985, 1986.
- 94) Schauman W. The central data bank for animal experiments. Drugs made Germ. 1987. V. 30. № 1, p. 10-13.
- 95) US Pharmacopeial Convention. Direct Contact Test.LJSP. 1990. V. XXII, p. 1496-1497.
- 96) Watson J. D., Crick E. H. C. A structure for deoxyribose nucleic acid / Nature. 1953. V. 171.
- 97) Zbinden G. Les methodes alternatives, present et avenir // Sci. et Techn. anim. lab. 1991. V. 16. №2, p. 113-116.