

*Проблема тяжелых
заболеваний, смерть и
умирание.*

- *Смерть как мировоззренческая, медико-социальная и этико-юридическая проблема. Критерии смерти. Медикализация смерти.*
- *Эвтаназия: сущность и классификация. «Право пациента на достойную смерть». Хосписы. Система паллиативного лечения безнадежно больных.*

Во второй половине XX века во многих странах мира заметно возрастает интерес к этическим проблемам старения, умирания и смерти человека.

Это объясняется рядом причин:

- Демографическими сдвигами в возрастной структуре населения экономически развитых стран — значительным увеличением численности лиц в возрасте 60 лет и старше (как в абсолютных цифрах, так и в процентном отношении ко всему населению)
- Изменением общей картины заболеваемости и смертности населения - выдвиганием на первые места по причинам смертности "болезней, характерных преимущественно для пожилых людей и людей старческого возраста (кардиологических и онкологических);
- Использованием новейших медицинских технологий, продлевающих человеческую жизнь;

Развитием трансплантологии, возникновением потребности в донорских органах и тканях и т.д.

Что такое **смерть и умирание** с позиций современной медицины?

Определение смерти.

Здесь главное состоит в том, какое именно условие должны диагностировать врачи, когда они диагностируют смерть

Критерии смерти:

Остановка дыхания

Прекращение сердцебиения

Смерть мозга

Статус врача в ситуации смерти и умирания пациента

■ Смерть

Определение времени смерти является юридической обязанностью врача. Это записано в ст.46 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан

■ Умирание

Это процесс, который в зависимости от действий врача, может длиться определенный период времени. И медицина может в принципе позволить неизлечимому больному продолжать существование неопределенно долго. Иными словами, смерть, протекающая под наблюдением врача, по-сушеству, есть процесс ее медиализации.

Новый критерий смерти

■ Смерть мозга

Необратимое прекращение функций кровообращения и дыхания;

Необратимое прекращение всех функций мозга в целом, включая мозговой ствол.

Новый критерий смерти выявил сложнейшую медико-этическую проблему: признать человека мертвым при тотальном некрозе мозга, но сохранившейся сердечной деятельностью и приравнять смерть мозга к смерти человека вообще.

Вопрос о новой критерии смерти возникает в ответ на серию открытий в медицинской практике и исследованиях.

Первое — это рост знаний о некоторых болезненных состояниях, в частности в отношении диагноза окончательного прекращения функций мозга.

Второе — это развитие интенсивного ухода, который позволяет поддерживать признаки жизни у пациента — сердцебиение и дыхание — несмотря на коллапс его способности стихийно совершать эти функции. Эти успехи порождают новые стимулы и новое понимание обращения с такими безнадежно-больными пациентами.

Третье — это успехи хирургии в трансплантации органов от одного человеческого существа к другому.

Эти три достижения в технологии и технических знаниях привели к изменениям в практике медицины, которые вскоре пришли в конфликт с преобладающими нравами и понятиями о смерти.

- В этой связи важным является вопрос о том, каким этико-юридическим нормам должна соответствовать критерии смерти?
- Критерии смерти должны быть
 1. Обоснованными с научно-медицинской точки зрения, то есть с позиции определения — можно или уже нет смысла бороться за жизнь;
 2. Доступными с практической точки зрения;
 3. Объективными;
 4. Приемлемыми с точки зрения господствующих среди медиков, юристов и общественности в целом культурных и этических норм

Значение нового критерия смерти для современной медицины

Для трансплантологии

Установление смерти мозга (в соответствии с законодательством ряда стран, в том числе и РФ, смерть мозга идентифицируют с биологической смертью) имеет особое значение в связи с возможностью получения донорских органов, так как больной в состоянии смерти мозга при условии сохранения у него адекватного кровообращения может являться идеальным донором сердца, печени, почек.... для трансплантации.

Значение нового критерия смерти для современной медицины

Однако, драматизм этой ситуации состоит в том, что общественность и часть медицинских работников не принимают концепцию равенства между смертью мозга и биологической смертью человека. Это обусловлено с традиционным связыванием смерти с остановкой сердца, а не состоянием ЦНС. Особые опасения также вызывают возможность ошибок в диагностировании смерти и злоупотреблений в форме забора органов от жизнеспособных людей.

Значение нового критерия смерти для современной медицины

Для привлечения внимания к анализу процесса
умирания:

Сосредоточение внимания именно на этом этапе перехода к смерти объясняется тем, что современная медицина находится на таком этапе развития, когда она все еще не умеет лечить множество болезней, но располагает средствами длительное время поддерживать состояние хронической болезни, отдалять смерть без надежды увеличить здоровье пациенту.

Значение нового критерия смерти для современной медицины

Так постепенно складывалась идея нового понимания значения и ценности такого состояния жизни.

Если раньше жизнь считалась высшей ценностью, приоритетно предпочитаемой смерти, то вопрос теперь ставится иначе: всякая ли жизнь, в любом ее состоянии, действительно ли предпочтительнее смерти.

С позиций нового критерия «смерть мозга» смерть стала рассматриваться не как однократное событие, а как процесс, который состоит из нескольких стадий:

Смерть

Как событие

Как процесс

Как событие:

Собственно смерть – это событие, факт небытия, как итог перехода от бытия к небытию.

Как процесс:

Умирание – это промежуточное состояние между жизнью и смертью, или предшествующая собственно смерти стадия.

- Впервые такое разделение было проанализировано в работе Элизабет – Кюблер – Росс «О смерти и умирании», вышедшей в свет еще в 1969 году. Уточнение этого понятия было важно, потому что употребление его в разных значениях приводит к путанице и смешению понятий: когда мы говорим о страхе перед смертью, то имеем в виду не само небытие, а именно страх перед умиранием, когда еще сохраняется способность испытывать боль и страдание, а иногда и осознавать собственную смерть.
- Вместе с этим пересмотренная дефиниция смерти как содержащая смерть мозга не полностью отвечает нуждам ни тех, кто заботится о смертельно больных, ни тех, чьи органы трансплантируются. Законы о мозговой смерти могут облегчить прекращение заботы о некоторых пациентах в палатах интенсивного ухода, но в силу того, что закон требует, чтобы не оставалось никаких мозговых функций, пациенты в вегетативном состоянии остаются по закону живыми. Четкие различия, включая зависимость от вентилятора, существуют между такими пациентами и со смертью мозга, но для многих наблюдателей безнадежность этих условий представляет столь же настоятельную потребность для концептуальной ревизии, которая могла бы обозначить их как мертвых и следовательно, неподходящих предметов для дальнейшей медицинской помощи.

Составляющими категориями данной темы являются также

Неизлечимый больной Безнадёжно больной

Каковы критерии их определения?

Что общего и в чем различие между
ними?

Неизлечимый больной

- Основной критерий определения —
отсутствие на данный момент средств и
возможностей лечения данного
заболевания.

ДА

*Это объясняется отсутствием
на данный период времени
средств и возможностей
лечения данного заболевания*

НЕТ

- 1. Возможность врачебной ошибки;*
- 2. Понятие неизлечимости во многом определяется наличием средств и возможностей медицины;*
- 3. Отсутствие в современной медицине формальных критериев идентификации состояния умирающей больной*

Безнадёжно больной

- Основной критерий определения — отсутствие эффективности современных методов медицинского вмешательства.
- Кроме этого существует достаточно четко определяемая клиническая картина:
 1. Состояние необратимой комы;
 2. Необратимые процессы сердечно — легочной деятельности;
 3. Постепенное угасание мозговой деятельности и отсутствие естественных рефлексов;
 4. Спонтанное дыхание;
 5. Длительный эффект расширения зрачков.

- Важным и достаточно сложным вопросом в оценке отношения к безнадежно больным пациентам является определение характера, форм и способов медицинского вмешательства.

Вопросы

1. Есть ли пределы оказания медицинской помощи безнадежно больным?
2. Возможен ли отказ от жизнеподдерживающего лечения?

Отказ от жизнеподдерживающего лечения

1. *В каких случаях это возможно? Может быть:*
 - если все виды медицинского вмешательства уже неэффективны;
 - когда клинически определяется состояние необратимой комы, полное отсутствие мозговой деятельности, отсутствие дыхания и сердцебиения, прямой ЭЭГ
2. *До каких пор или с наступлением какого состояния врач вправе прекратить борьбу за жизнь пациента?*
3. *Как работают в этой связи два правила при оказании медицинской помощи?*
 - у врача нет обязательств назначать или продолжать неэффективное лечение;
 - врач обязан делать только то, что увеличивает здоровье и отдалляет смерть.

Речь идет о медикализации смерти.

- 1. Как определяется медикализация смерти?*
- 2. Что лежит в основе медикализации смерти?*
- 3. Чем является медикализация смерти для врача и пациента?*
- 4. Дайте оценку установки медицинских работников в рамках медикализации смерти: «Лучше что-нибудь делать, чем не делать ничего!»*

■ Думается главным, что определяет смысл и значение медиализации смерти является:

1. Медиализация смерти есть следствие непризнания неизбежности смертельного исхода для стариков и больных
2. Медиализация смерти есть средство, помогающее врачу нейтрализовать или минимизировать психо-эмоциональные негативные факторы, связанные с работой с умирающими
3. Медиализация смерти это злокачественная тенденция, противоречащая ряду социальных норм и оборачивается плохим и расточительным медицинским уходом.
4. Возможно, для стариков и безнадежно больных более важен простой уход из жизни, ориентированный на духовные интересы, без излишней провокации существования умирающего больного.
5. Угасание и смерть — это естественный процесс, имеющий свои положительные и отрицательные стороны, а не ошибки в диагностике и лечении.
6. Можно полагать, что врач может избежать «излишней медиализации и взять на себя ответственность за принятие непопулярного решения: интенсивное лечение, иногда небезвредное для умирающего, может замедлить, но не предотвратить исход.

- Второй вопрос можно обозначить таким образом: прекратить лечение или продолжать бороться за жизнь пациента?
- Этико — юридические документы в подобной ситуации достаточно четко определяют статус и роль врача:
 1. Решение о прекращении неэффективного лечения не может быть принято без информации об этом пациента и его согласия. Например, неэффективность операции при раке и др.
 2. Венецианская декларация о терминальном состоянии ВМА 1983 год заявляет, что врач может облегчить страдание неизлечимо больного пациента путем воздержания от лечения с согласия пациента или его ближайших родственников. Вместе с этим, воздержание от неэффективного лечения не освобождает врача от обязанности помогать умирающему пациенту и давать ему необходимые медикаменты для облегчения заключительной фазы его болезни.

- Международные документы по вопросам биоэтики дополняют этот свод неотъемлемых прав и свобод человека «правом на достойную смерть». Так, например, Парламентская ассамблея Совета Европы приняла резолюцию «По правам больных и умирающих людей» (1999). В ней в частности, указывается, что «истинные интересы больного не всегда могут быть учтены путем чрезмерного применения самых современных техник, продлевающих жизнь...» и доводится до сведения, «что умирающие пациенты в большинстве случаев хотят умереть мирно и достойно, по возможности при утешении и поддержке со стороны их семей и друзей».

Право на достойную смерть

- Существует право умереть достойно, по-человечески, без лишних страданий. Здесь речь идет об уважении достоинства личности. Но это право не освобождает от закона об охране жизни.
- Смерть это часть человеческой реальности со всеми её последствиями и унижениями
- Право на достойную смерть включает право на лечение при помощи гуманных методов: они должны быть направлены на то, чтобы облегчить страдания и помочь умереть спокойно, без ненужной и бесконечной борьбы. Такое гуманное лечение всегда заканчивается лишь естественной смертью, без искусственной её провокации. Это значит, что прибегать к искусственным методам, которые лишь замедляют процесс умирания, нужно продуманно и в соответствии с их целесообразностью. Всё должно решаться с учетом, прежде всего, интересов самого больного

- Таким образом, право на смерть в контексте современной биоэтики выступает как защита и сохранение достоинства и свободного проявления воли автономной личности, которые с этической точки зрения не менее важны, чем психофизиологический анализ причин смерти. Биоэтика основывает своё уважительное отношение к личности на признании за каждым человеком ответственности за неповторимость и уникальность своей жизни и смерти. Поиск их смысла всегда индивидуален и незавершен, поэтому выработка единого для всех людей решения представляется невозможной. Осмысление смерти всегда носит личностный характер.

Перед лицом смерти люди реагируют различно, не все оказываются способными проявить стойкость и мужество, достойно уйти из жизни. Порой страдания не облагораживают: они портят человека.

Закономерен вопрос: не обязан ли врач, убедившись в категоричности решения неизлечимого больного, помочь ему уйти из жизни наименее тяжелым и безболезненным путем, прекращать его страдания, если смерть является единственным средством избавления от мук?

Ответ труден и неоднозначен

Этот вопрос порождает и другие

вопросы:

- В чем смысл эвтаназии?
- Имеет ли право безнадежно больной на добровольную смерть?
- Является ли эвтаназия актом достойной смерти?
- Можно ли считать эвтаназию единственным способом решения проблемы умирания безнадежно больного пациента?
- Можно ли считать эвтаназию умышленным причинением смерти безнадежно больному?
- Может ли быть эвтаназия приемлемым и допустимым гуманным решением проблем умирания безнадежно больного?
- Какие медико-этические и социально-правовые проблемы возникают в результате использования эвтаназии?
- Как оценить эвтаназию с точки зрения категорий добра и зла?
- Можно ли определять эвтаназию как акт милосердия и сострадания?
- Почему именно врач является ассистентом и исполнителем эвтаназии?
- Что отличает эвтаназию от суицида?
- Нравственно ли и милосердно вообще прерывать жизнь даже тяжело страдающего человека, не должно ли такое действие считаться обыкновенным убийством?
- Не противоречит ли идея эвтаназии самой медицинской профессии?

Существует достаточно четкая дилемма, выраженная в следующем суждении:

- *Эвтаназия не может быть определена однозначно как безнравственное и недопустимое действие или бездействие врача в связи с действительно возникающей возможностью его деморализации, ошибок и злоупотреблений.*
- *Прокомментируйте это суждение с учетом высказанного Гиппократом в «Клятве»: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути подобного замысла»*

Эвтаназия

- **Дать или помочь умереть:**
 - это умышленное причинение смерти безнадежно больному пациенту из сострадания к нему;
 - это действие или отказ от действия, приводящее к скорой и безболезненной смерти пациента, с целью прекращения не купируемой боли и страданий.
- **Облегчение страданий** безнадежно больного пациента в терминальной стадии:
 - в рамках Всемирной Ассоциации Медицинского Права четко разграничиваются понятия эвтаназии (как облегчение страданий) и помощь при самоубийствах.

В этой связи актуальным становится определение границ оказания медицинской помощи безнадежно больному пациенту.

Можно ли оценить эвтаназию через призму категории современной медицины:

■ Не навреди

 Что представляет для умирающего пациента меньшее зло или меньший вред?

 Продление жизни, но такой, которая сопровождается мучительными болями?

 Или скорая и безболезненная смерть, после которой уже возврата нет?

■ Благо

 Что является благом для умирающего пациента, испытывающего не купируемую боль?

 Это максимальное продление жизни?

 Либо соблюдение его воли об ускорении смерти путем эвтаназии?

*Ситуация эвтаназии является отражением
извечного конфликта между тем, что:*

- 1. Должно быть и что есть на самом деле;*
- 2. Между идеалом и реальностью;*
- 3. Добром, милосердием излом.*

*Синтез этих ценностей находит свое выражение в
гражданской этической парадигме:*

- 1. Акцент на индивидуальном моральном решении,
принципе автономии и уникальности личности;*
- 2. Приоритет прав пациента, в том числе и права на
достойную смерть.*

Эвтаназия как новый способ медицинского решения проблемы смерти (прекращения жизни) входит в практику современного здравоохранения под влиянием следующих факторов:

1. Прогресса медицины, в частности под влиянием развития реаниматологии, позволяющей предотвратить смерть больного, то есть работающей в режиме управления умиранием;
2. Смены ценностей и моральных приоритетов в современном обществе, в центре которых стоит идея прав человека и его автономии;
3. Страхом перед затянувшимся умиранием и предсмертным одиночеством.

В конечном счете, эвтаназия есть вопрос не смерти (которая неотменяема), но умирания.

Существует несколько определений эвтаназии:

- *Это производимое врачом убийство больного с информативного согласия последнего.*



- *Это сознательное действие или отказ от действий, приводящее к скорой и безболезненной смерти безнадежно больного пациента в его терминальной стадии с целью прекращения некупируемой боли и страданий.*



- *Это намеренное ускорение наступления смерти больного с целью прекращения его страданий (Большая медицинская энциклопедия).*



- *Это действие или практика, вызывающая наступление безболезненной смерти у лиц, страдающих от болей при неизлечимых болезнях или физических расстройствах (Британская энциклопедия)*

ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ЭВТАНАЗИИ

(принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей,
Мадрид, Испания, октябрь 1987)

Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания.

Этический кодекс российского врача

(утвержден 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва,
Россия, ноябрь 1994) Статья 14. Врач и право пациента на
достойную смерть.

Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе, или по просьбе его близких, недопустима, в том числе и в форме пассивной эвтаназии. Под пассивной эвтаназией понимается прекращение лечебных действий у постели умирающего больного. Врач обязан облегчить страдания умирающего всеми доступными и легальными способами. Врач обязан гарантировать пациенту право по его желанию воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии.

Сейчас эвтаназия легализована в Голландии, Соединенных Штатах (штат Орегон), в Бельгии, Франции, Швейцарии, Израиле.

Правда, и тут есть свои нюансы. Так, например, в отличие от Голландии и Бельгии, где разрешена активная эвтаназия (с помощью специальной инъекции), в Швейцарии, Финляндии, Израиле и США речь идет только о пассивной, когда безнадежно больной сам просит отключить его от аппаратов искусственной вентиляции легких и искусственного кровообращения.

Напомним, что в российском законодательстве нет четко обозначенной позиции в отношении эвтаназии, и в Уголовном Кодексе РФ такая статья отсутствует.

Эвтаназия

- *Эвтаназия (греч. — еи — хорошо, thanatos — смерть) — буквально означает хорошую, легкую смерть. Однако, это значение характеризует прежде всего цель или смысл совершения акта эвтаназии — достижение легкой, не мучительной смерти, но не отражает другие аспекты современного определения эвтаназии.*
- *Думается, что понимание эвтаназии должно включать в себя биолого-медицинский, этико-юридический и социально-культурный аспекты.*

Биолого-медицинский:

Это установление категорий пациентов, по отношению к которым может рассматриваться возможность применения эвтаназии:

- пациенты, биологическая смерть которых неминуема и которые, умирая, испытывают не купируемые боль и страдания;
- пациенты, находящиеся в устойчивом (хроническом) вегетативном состоянии.

Здесь важно указать, что принуждение пациента к активным лечебно-диагностическим мероприятиям означает нарушение конституционного права на достоинство личности (ст.21), свободу и личную неприкосновенность (ст.22 Конституции РФ)

Вместе с тем, в клинической практике в этой связи могут возникнуть такие вопросы:

-  нравственно ли и милосердно вообще прерывать жизнь даже тяжело страдающего человека? Не должно ли такое действие считать обыкновенным убийством?
-  не противоречит ли идея эвтаназии самой сути медицинской профессии, призванной беречь, а не губить жизнь?

Венецианская декларация ВМА(1983г.) о терминальном состоянии определяет, что «врач никогда преднамеренно не лишит жизни пациента ни по его просьбе, ни на основании обращения с подобной просьбой его семьи»

//Медицина и права человека// В сб.международных казусов по этике, деонтологии и праву. М.,1995,С.91//

Кроме того, декларация ВМА(1987г.) по эвтаназии подтверждает, «что эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична».

// Сборник официальных документов Ассоциации врачей России. Под ред. В.Н. Уранова. М.,1995г., С.38//

Этико-юридический:

- С точки зрения права, жизнь — абсолютное благо, а выражение «хуже, чем смерть» с правовой точки зрения не имеет смысла. Поэтому, любая смерть, причиненная действиями другого человека, подозрительна праву и может повлечь обвинение в убийстве. Кроме того, юридическая проблема состоит в необходимости выработки правовой процедуры осуществления эвтаназии в случае принятия закона, легализующего эвтаназию.
- Медицинская мораль, исходным началом которой являются высшие интересы конкретного пациента с учетом его конкретной медицинской ситуации, не приемлет присущего праву абстрактного «черно-белого» подхода к вопросу о жизни и смерти.

Этико-юридический:

- Ее отношение к эвтаназии определяется двумя критериями:
- выражение свободной воли лица в отношении своей жизни и смерти;
- наличие медицинских аргументов в поддержку вмешательства в процесс умирания.

Конечно, эти критерии имеют разную моральную природу, только их сочетание делает эвтаназию приемлемой с позиции медицинской морали.

Показателен в этой связи опыт легализации эвтаназии в Голландии. Принятая здесь практика эвтаназии представляет собой попытку если не преодолеть, то хотя бы обойти непримиримое противоречие между правом и медицинской моралью в вопросе о допустимости добровольной эвтаназии.

Этико-юридический:

Причем, Венецианская декларация ВМА 1983г. о терминальном состоянии заявляет, что «врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания – по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца» /Сборник официальных документов ассоциации врачей России/Под ред. В.Н. Уранова.-М., 1995, с.24.

В декларации ВМА (1987) в этой связи отмечается, что отказ от лечения «не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания».

Поскольку Российская Федерация в 1987 году стала участницей ВМА, то в соответствии с 2.4, ст. 15 Конституции РФ это положение распространяется и на нее.

Получается, что принятая РФ рекомендации ВМА от 1987года противоречит ст.45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» 1993года (в ред.ФЗ №139 от 02.12.2000г.), которая определяется как «Запрещение эвтаназии». В соответствии с этой статьей медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Кроме того, эта статья противоречит ст.32 этого же закона, в которой четко определено право пациента на отказ от лечения.

Наряду с этим есть еще одна проблема, в рамках вопроса о возможности прекращения или не назначения искусственных мер по поддержанию жизни умирающего больного – это проблема касается тех случаев, когда пациент находится без сознания и не может доступным способом выразить свою волю. В большинстве случаев это больные, длительное время находящиеся в персистирующем вегетативном состоянии. Учесть волю самого пациента в такой ситуации нельзя. Наиболее рациональным выходом из положения было бы документирование желания пациента заранее. Но здесь очень важным условием должно быть информированное согласие пациента (компетентного пациента).

Социально-культурный аспект

- Проблема эвтаназии возникает в культуре, сфокусированной на успех, счастье, здоровье, благополучие. Само собой разумеется, что если именно через этот фокус рассматривать жизнь последних недель или часов, то на первый план выдвигается вопрос об индивидуальных предпочтениях человека, которые нельзя не учитывать.

Каковы основные позиции и аргументы в оценке эвтаназии?

Б. Юдин

Профессиональный долг врача должен включать в себя, помимо всего прочего, сострадание: врач не должен допускать бессмысленной жестокости.

П. Иванюшкин

С одной стороны, эвтаназия противоречит канонам врачебной этики, нарушая принцип «святость жизни». С другой – отказ от эвтаназии обрекает многих безнадежно больных, чьи страдания медицина не в силах облегчить, быть заложниками моральных принципов.

- Основной аргумент за эвтаназию — автономия личности человека, свобода выбора — как наивысшая ценность. Т.е. признание самого человека высшим авторитетом в вопросе о его жизни и смерти.

- М. Малеина — эвтаназия исключительное право каждого человека. Ссылаясь на международный пакт о гражданских и политических правах человека (1966), она считает, что закон должен разрешить эвтаназию, поскольку главной ценностью является реальное благополучие человека. И в законе должны быть определены условия:
 1. Сознательная и настойчивая просьба больного.
 2. Невозможность облегчения боли и страданий больного современными медицинскими средствами.
 3. Доказательства безнадежности больного и уведомления об этом прокуратуры.

- Известный врач – анестезиолог А. Зильбер определяет, что вопрос об этичности эвтаназии может рассматриваться в том случае, если она:
 1. Применяется у страдающих больных, умирающих от неизлечимой болезни.
 2. Введена в ранг закона.
 3. Выполняется врачами – профессионалами.

Известный детский хирург С. Долецкий – борьба за жизнь пациента, вопреки существующим догмам, справедлива только до того, пока существует надежда, что спасение возможно. Когда же она утрачена, встает вопрос о милосердии, которое и проявляется в эвтаназии.

Противники эвтаназии и их аргументы

- Эвтаназия — есть покушение на непреходящую ценность — человеческую жизнь.
- Возможность диагностической и прогностической ошибки врача.
- Риск злоупотребления со стороны медицинского персонала.
- Христианство (как и все мировые религии) против эвтаназии, поскольку жизнь — высшее и естественное благо, и поэтому добровольный уход — явление противоестественное.
- Возможность появления новых медикаментов и способов лечения. Наличие эффективных болеутоляющих средств.
- Академик Ю. Лопухин считает, что «бороться надо до конца, поскольку состояние безнадежного больного может улучшиться, а установка на то, что гуманнее его умертвить, деморализует врача».

В чем причины неприятия эвтаназии?

1. Главная причина проистекает из культурной традиции, рассматривающей человеческую жизнь как таковую в качестве высшего блага и высшей ценности.
2. Опасения, что легализация эвтаназии повлечет за собой девальвацию ценности жизни.

Разрешение применения эвтаназии, как действия по намеренному умерщвлению безнадежно больных людей по решению врачей или согласию родственников может привести:

- к криминализации медицины и к потере доверия общества к институту здравоохранения;
- к умалению достоинства врача и извращению его профессионального долга;
- к снижению темпов развития медицинского знания, в частности, разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения пока еще неизлечимых заболеваний и т.п.;
- к распространению в обществе принципов цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди "не убий".
- "Сегодня в нашем распоряжении есть мощные анальгетики, представляющие собой прекрасную альтернативу эвтаназии, заявил исполнительный директор "Общества Христианских Врачей и Стоматологов" д-р Дэвид Сивенс. - Как врачи мы должны обеспечить умирающим по-настоящему достойный уход из жизни, а не оставлять их одних в самый критический момент. Особенную опасность легализация эвтаназии представляет для бедных, одиноких, инвалидов и стариков, для которых "право на смерть" может в скором времени превратиться в "обязанность умереть".

Заключение

- В заключении отметим, что если смерть понимать традиционно, как прекращение всех функций человеческого организма, дыхания, сердцебиения и т.д., то ни о какой эвтаназии вообще нельзя вести и речи. Если понимать смерть как избавление от ненужных и бессмысленных страданий при необратимых процессах умирания, то эвтаназия будет представляться не как морально запретный выбор между жизнью и смертью, но лишь как выбор между смертью и смертью (смертью мучительной и долгой и смертью легкой и быстрой). Если смерть человека будет определяться в связи со смертью одного, но самого главного для человеческого существа органа-мозга, то тогда эвтаназии придется подвергать все более многочисленные отряды больных, и, тем более, умирающих'
- Т.о. все вышесказанное о законном и незаконном, моральном и неморальном, является совершенно недостаточным в современном споре об эвтаназии. Настоящим ; ответом сторонникам эвтаназии является поддержка умирающего больного и помощь ему и сопровождение его в эти последние моменты жизни.

- Обсуждение физиологии и социологии смерти во многом способствует гуманизации медицинской помощи во всем мире и ведет к развертыванию систем паллиативной помощи в учреждениях специального типа, получивших название хоспис.
- Хосписное движение в современном его виде зародилось в Великобритании. Однако, в последние годы все большее число стран приходят к признанию особой необходимости в хосписной помощи для пациентов в терминальной стадии жизни, принятой Всемирной медицинской ассоциацией в 1981г.

Паллиативная терапия



Это медико-социальная помощь пациентам, заболевания которых неизлечимы



Цель паллиативной терапии



Улучшение качества жизни пациентов и их семей

В понятии «качества жизни» безнадежно больного есть два аспекта:

1. медико-социальный;
2. морально-психологический.

В ситуации умирания улучшение качества жизни больного не ограничивается решением клинических проблем и проблем сестринского ухода, но выражается также в создании для умирающего возможно более комфортных медико-социальных и морально-психологических условий существования в целом.

При этом, врач должен исходить из принципа, что для такого пациента более важным является качество, а не продолжительность жизни. Иногда, с целью облегчения страданий умирающего разумно отказаться от активных лечебно-диагностических мероприятий, искусственно пролонгирующих жизнь в страданиях, дать возможность такому пациенту закончить жизнь естественным образом.

Паллиативная терапия

- Это и консультирование больных и членов их семей по вопросам психического здоровья, просвещение и юридическая защита.
- Облегчение бремени лечения и ухода за больными достигается при соблюдении следующих основных принципов:
 1. Эффективное симптоматическое лечение, борьба с болью;
 2. Максимальное повышение качества жизни;
 3. Всесторонняя реабилитация в условиях хронического заболевания.

Важно подчеркнуть, что защита от боли и повышение качества жизни — неременное условие реализации права пациента на достойное умирание. На это обращается особое внимание в «Лиссабонской декларации прав пациента», принятой Всемирной медицинской ассоциацией в 1981 году.

Основополагающая идея хосписа в том, что умирающий нуждается в особой помощи, ему должно и можно помочь пройти через границу жизни и смерти.

Не случайно в современной биомедицинской этике на смену приоритетного направления на автономию пациента приходит этика общения и этика заботы. А легкая смерть — это не столько смерть по собственному выбору, сколько смерть в заботливом окружении.

Обеспечивая право человека на достойную смерть в современной медицине стали разрабатываться стандарты паллиативной помощи и включающие в себя: уход на дому, осуществляемой выездной хосписной службой; стационар; оказание поддержки семье в период утраты; обучение и исследование психологии и социологии смерти и умирания.

- Постепенно возрождается концепция «легкой смерти», в основе которой лежит не принцип эвтаназии (как «милосердного убийства»), а мер паллиативной помощи с учетом того, что может сделать сам больной, чтобы противостоять своему физиологическому и психическому разрушению.
- Хосписное движение воплощает и практически реализует основные биоэтические принципы, утверждающие нравственную автономию личности и право каждого человека на достойную жизнь и достойную смерть.

Социальные функции хосписа

- *Они играют роль своеобразного социального лекарства;*
- *Они оказывают влияние на всю систему медицинской помощи населению;*
- *Они способствуют оздоровлению морально-психологического климата в обществе, устранению нигилизма и цинизма в оценке жизни и смерти человека.*
- *Хосписы воплощают и утверждают нравственную и социальную автономию личности и право на достойную жизнь и смерть человека.*

Основными принципами хосписного движения являются:

- За смерть нельзя платить
- Хосписы — это дом жизни, а не смерти
- Контроль за симптомами больного
- Хосписы — это альтернатива эвтаназии
- Хосписы — это система медико-социальной и морально-психологической помощи больному и его семье.

Рекомендации

- При изучении данной темы, на наш взгляд, особого внимания заслуживает анализ следующих аспектов:
 1. Если смерть понимать традиционно, как прекращение всех функций человеческого организма, дыхания, сердцебиения, ит.д., то ни о какой эвтаназии вообще нельзя вести речи. Если понимать смерть как избавления от ненужных и бессмысленных страданий при необратимых процессах умирания, то эвтаназия будет представляться не как морально запретный выбор между жизнью и смерти, но лишь как выбор между смертью и смертью (смертью мучительной и долгой и смертью легкой и быстрой)
 2. Конечно, хосписы являются частью решения проблемы эвтаназии. Но в этом случае в стороне остаются другие части: как поступить с неизлечимо больными новорожденными, с «жертвами аборт» - недоношенными детьми, способными только к самостоятельной сердечной деятельности и дыханию? Что делать с людьми, годами лежащими в бессознательном состоянии на аппаратах искусственного поддержания жизни? Общего решения этих и подобных им вопросов пока в обществе и медицине нет.

Рекомендации

3. Существует право умереть достойно, по – человечески, без лишних страданий. Здесь речь идет об уважении человеческого достоинства. Но это право не освобождает от закона об охране жизни. Смерть – это часть человеческой культуры. И в этой связи возникает этическая дилемма: как соотнести биоэтический принцип уважительного отношения к человеческой жизни с чувством сострадания к умирающему человеку и признанием его исключительного права на решение об уходе из жизни?

4. Биоэтика как этика жизни:

-  провозглашает, что право пациента на избавление от боли, на достойную смерть имеет такую же универсальную ценность для современного общества, как и все другие неотъемлемые права человека;
-  Рассматривает право каждого человека на достойную смерть как продолжение его права на достойную жизнь;
-  Обращает внимание на то, что стандартизация смерти, вызванная использованием современных биомедицинских технологий, несовместима с принципом уважения ценности человеческой жизни.

Литература

1. Кюблер – Росс Э. О смерти и умирании. Пер. С англ. – Киев, 2001
2. Ханжин Б.М. Бердышев Г.Д. и др. Проблема практического бессмертия человека – Москва – Астрахань – Владимир., - 2004
3. Кэмпбелл А. Джилетт Г, Джонс Г. Медицинская этика. Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. – М.,2005
4. Синг Сонт Кирпал. Секрет смерти/с.п. Сипгх., СПб, 2005
5. Мамфорд Джон. Смерть: начало или конец? Пер. с англ., К. Савельева, М., 2002
6. Гусейнов А.А., Апресян Р.Г. Этика.-М., 2004
7. Биоэтика: принципы, правила, проблемы/ Под ред. Б.Г. Юдина, - М., 1998г.
8. Бялик М.А. Хоспис: этический выбор// Медицинское право и этика, - 2002, №3
9. Зильбер А.П.Трактат об эвтаназии. – Петрозаводск. ПетрГУ, 1998
10. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее/ Под ред. С.В. Вековишиной и В.А. Кулиниченко. – Киев: Издатель Карпенко, 2002
11. Егречча Э., Тамбоне В. О смерти и умирании. – Киев, 2001
12. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М., 2001
13. Чернега К.А. Правовые проблемы эвтаназии в России.// Медицинское право и этика. – 2001, №3
14. Щамов И.А. Биомедицинская этика. – М., 2005
15. Биоэтика./ Учебное пособие. Изд – во СГМУ, Саратов., 2007
16. Уильямс Джон Р. Руководство по медицинской этике. Русское издание под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина, Л.А. Михайлова. – М., 2006
17. Глыбочко П.В., Жданов Г.Г., Хижняк Д.Г. Правовые аспекты медицины. – Саратов, 2006.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Использование реанимационного оборудования для пациента, находящегося в безнадежном состоянии, является

- а) злоупотреблением терапевтическими средствами;
- б) реализацией принципа «борьбы за человеческую жизнь до конца»;
- в) признаком низкой квалификации специалиста;
- г) отсутствием у врача нравственного чувства и этической культуры;
- д) обязательно при любых обстоятельствах.

2. Определяющим фактором в формировании современных медицинских критериев смерти человека является

- а) морально-мировоззренческое понимание сущности человека;
- б) развитие медицинской техники;
- в) потребности трансплантационной медицины;
- г) уважение чести и достоинства человека.

3. Что такое медикализация смерти?

- а) это процесс умирания безнадежно больного пациента под наблюдением врача;
- б) это процедура медикаментозного лечения;
- в) это терапевтическая процедура по облегчению состояния больного в терминальной стадии;
- г) это врачебное вмешательство с целью отдалить смерть и продлить жизнь пациента.

4. Какое определение эвтаназии считается наиболее принятым в современной медицине?

- а) это производимое врачом убийство больного с информированного согласия пациента;
- б) это сознательное действие или отказ от действий, приводящие к скорой и безболезненной смерти больного в терминальной стадии;
- в) это ускорение смерти тех, кто переживает тяжелые страдания;
- г) это умерщвление пациента врачом при наличии у него смертельного заболевания, сопровождающегося страданиями, делающими жизнь пациента невозможной и невыносимой.

5. Всегда ли косвенная эвтаназия связана с врачебной ошибкой?

- а) да;
- б) нет;
- в) не всегда.

6. Необоснованность эвтаназии с медицинской точки зрения определяется

- а) шансом на выздоровление и возможностью изменения решения пациента;
- б) нарушением предназначения врача спасать и сохранять человеческую жизнь;
- в) нарушением этического принципа «не навреди»;
- г) нарушением моральной заповеди «не убий»;
- д) блокирование морального стимула развитие медицинского знания и средств борьбы со смертью;
- е) возможностью криминализации медицины и здравоохранения;
- ж) возможностью диагностической ошибки врача.

7. Право врача на лжесвидетельство безнадежному больному не может быть универсальным, но причине существования

- а) юридического положения об информированном согласии;
- б) моральной заповеди «не лжесвидетельствуй»;
- в) антропологическом понимании смерти как стадии жизни;
- г) разнообразия психо-эмоциональных характеристик личности;
- д) различий в ценностно-мировоззренческих представлениях людей;
- е) по всем перечисленным причинам.

8. Недопустимость эвтаназии с позиций нравственной антропологии христианства связана с:

- а) нарушение заповеди, «не убий»;
- б) спасительностью страданий;
- в) возможностью приобщения человека к опыту воскресения; , г) возможностью постижения смысла жизни;
- д) все перечисленные.

9. Необоснованность эвтаназии с медицинской точки зрения определяется:

- а) шансом на выздоровление и возможностью изменения решения пациента;
- б) нарушением предназначения врача спасать и сохранять человеческую жизнь;
- в) нарушением моральной заповеди «не убий»
- г) со всеми перечисленными факторами.

10. Активная эвтаназия отличается от пассивной:

- а) отсутствием согласия или просьбы пациента о лишении жизни;
- б) приоритетностью решения врача перед решением пациента о прекращении жизни пациента;
- в) активным, деятельным вмешательством врача в процесс прекращения жизни по просьбе пациента;
- г) умышленным или преднамеренным лишением жизни человека.

11. Решение о допущении пассивной эвтаназии, либо о начале интенсивной терапии зависит от:

- а) определение мотивов деятельности и поступка врача;
- б) характера объяснения принятого решения врача;
- в) объективной картины заболевания;
- г) универсального права человека на жизнь;
- д) техническими медицинскими средствами и ситуационными возможностями.

12. Право больного человека отказаться от лечения основывается на:

- а) осознании ограниченности финансовых возможностей;
- б) признании ограниченности медицинских средств;
- в) праве на спокойную естественную смерть;
- г) принятии воли Божьей.

13. Определяющим регулятором решения врачом сложных этических проблем в профессиональной деятельности является всё, кроме:

- а) международного права;
- б) светской этики;
- в) принципов профессиональной этики;
- г) национального законодательства;
- д) традиционной религиозной морали;
- е) личной выгоды.

Ситуационные задачи

1. Из сострадания к мукам безнадежно больного Н. и по его просьбе родственники упростили врача сделать больному инъекцию лекарства в смертельной дозе. Врач исполнил просьбу родственников. Больной умер. Как следует квалифицировать действие врача?
2. У 35 – летней больной с доброкачественной опухолью шейного отдела спинного мозга во время операции произошел полный перерыв спинного мозга. У больной действуют только черепно-мозговые нервы и полностью сохранено сознание. В течение 2 лет продолжается искусственная вентиляция легких (ИВЛ), и больная категорически настаивает на ее прекращении. Врач принимает решение не продолжать ИВЛ. Имел ли врач право принимать такое решение?
3. В приемное отделение больницы с места ДТП машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии доставлена девушка 25 лет. Во время операции была констатирована клиническая смерть, проведение реанимационных мероприятий не приносило положительного эффекта. Из донорского центра поступило предложение об изъятии неповрежденных органов для трансплантации, однако реаниматологи продолжали реанимационные мероприятия. Как оценить действие врачей-реаниматологов?

Ключ к тестам

1. б
2. а, в
3. а
4. б
5. б
6. Все ответы верны
7. е
8. д
9. г
10. в
11. в
12. в
13. е

Ключ к задачам

1. В соответствии со ст. 105 УК РФ это убийство, то есть умышленное причинение смерти другому человеку.
2. Нет. В соответствии со ст. 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993) такое действие врача подпадает под статью об административном или уголовном наказании.
3. Врачи – реаниматологи действовали в соответствии с требованиями этического кодекса и закона «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993), ст. 45

МУЛЬТИМЕДИЙНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

См. приложение к данной теме:

1. ПРИЛОЖЕНИЕ К ТЕМЕ 7 (ПРОБЛЕМЫ
ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ)

ВИДЕОФИЛЬМ ВВС «ТАИНСТВО СМЕРТИ»

2. ПРИЛОЖЕНИЕ К ТЕМЕ 7 (ЭВТАНАЗИЯ)

ФРАГМЕНТ ХУДОЖЕСТВЕННОГО

ФИЛЬМА «НИЧТО НЕ ВЕЧНО» ПО

РОМАНУ С. ШЕЛДОН