

БИОЭТИКА

БГМУ

Кафедра педагогики и
психологии

Лектор Липатова Елена
Ефратовна

ТЕМЫ ЛЕКЦИИ

**БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СМЕРТИ И УМИРАНИЯ.
ЭВТАНАЗИЯ.**

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- **Глава 8. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека**
- **Статья 66. Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий**
- 1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).
- 2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

Глава 8. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека

- 3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.
- 4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.
- 5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Глава 8. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека

- 6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно:
 - 1) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;
 - 2) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;
 - 3) при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Глава 8. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека

- 7. Реанимационные мероприятия не проводятся:
- 1) при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;
- 2) при наличии признаков биологической смерти человека.
- 8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации.

Смерть и умирание

- В подавляющем большинстве стран мира главным критерием смерти человека признана смерть мозга.
- Концепция смерти мозга была разработана в неврологии после описания состояния заведельной комы французскими невропатологами П. Моларом и М. Гулоном.
- Данная концепция основана на понимании смерти человека как состояния необратимой деструкции и/или дисфункции критических систем организма, т.е. систем, незаменимых (ни сейчас, ни в будущем) искусственными, биологическими, химическими или электронно-техническими системами, а такой системой является только мозг человека.

- **В настоящее время понятие «смерть мозга» означает гибель всего мозга, включая его ствол, с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания и исчезновением всех стволовых рефлексов.**
- **В 1968 г. были разработаны Гарвардские критерии смерти мозга (Специальный комитет Гарвардского медицинского факультета 1968г.)**

- **Смерть – это прекращение спонтанного кровообращения и дыхания, сопровождающееся необратимым поражением всех функций мозга**
- Гарвардские критерии смерти мозга были признаны в несколько измененном виде мировым медицинским сообществом (Сиднейская декларация ВМА). В последующие годы во многих странах мира были приняты законодательные акты, в которых главным критерием смерти человека утверждалась смерть мозга.

Сиднейская декларация относительно смерти
Принята 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, август
1968 г.,
внесены поправки 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия,
октябрь 1983 г.

- **В большинстве стран определение времени смерти человека является юридической обязанностью врача, и такое положение должно сохраниться.** Обычно врач без дополнительной помощи может определить, что человек мертв, применяя классические критерии, известные всем врачам.
- Но два момента современной медицины вынуждают глубже изучать вопрос о времени смерти:
 - а) возможность поддерживать искусственными средствами циркуляцию оксигенированной крови по тканям тела, которое, возможно, необратимо повреждено, и
 - б) использование органов, таких как сердце или почки, взятых у умерших, для трансплантации.

Сиднейская декларация относительно смерти
Принята 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней,
Австралия, август 1968 г.,
внесены поправки 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция,
Италия, октябрь 1983 г.

- Сложность состоит в том, что смерть это постепенный процесс на клеточном уровне и ткани имеют различную способность сопротивляться кислородной недостаточности. **Но клиническая заинтересованность состоит не в сохранении отдельных клеток, а в сохранении жизни человека.** Поэтому фиксирование смерти различных клеток и органов не так важно по сравнению с убежденностью, что эти процессы необратимы, какие бы способы реанимации не применялись.

**Сиднейская декларация относительно смерти
Принята 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней,
Австралия, август 1968 г.,**

внесены поправки 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция,
Италия, октябрь 1983 г.

- Существенно определить необратимое прекращение всей деятельности головного мозга, включая мозговой ствол. Такое определение основывается на клинической оценке, подтверждаемой при необходимости диагностической аппаратурой. Тем не менее, при сегодняшнем уровне развития медицины ни один технический критерий не является полностью удовлетворительным, и ни одна техническая процедура не может заменить, всестороннего заключения врача. При трансплантации органов решение о наступлении смерти должно приниматься не менее чем двумя врачами, и врачи, определяющие момент смерти, ни в коем случае не должны иметь непосредственное отношение к выполнению трансплантации.

Сиднейская декларация относительно смерти
Принята 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней,
Австралия, август 1968 г.,
внесены поправки 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция,
Италия, октябрь 1983 г.

- **Определение момента смерти человека делает этически допустимым прекращение попыток реанимации и в странах, где это разрешено законом, использовать органы умершего, обеспечив выполнение существующих юридических требований относительно разрешения.**

медикализацией смерти

- Определение смерти медицинскими работниками, врачами появилось примерно к середине XIX столетия (*медикализацией смерти*).
- Панические настроения, продолжавшиеся в разных странах, особенно - во Франции и в Германии, на протяжении двух предшествующих столетий.
- "И в искусстве, и в литературе, и в медицине XVII - XVIII вв., - отмечает в связи с этим французский историк культуры Ф. Арьес, - царили неуверенность и двусмысленность в отношении жизни, смерти и их пределов. Постоянно присутствующей стала сама тема живого трупа, мертвеца, который на самом деле жив".
- Впоследствии эта тема захватила и повседневную жизнь, так что, как пишет в 1876 г. в "Энциклопедическом словаре медицинских наук" А. Дешамбр, умами овладела "всеобщая паника" - страх быть похороненным заживо, очнуться от долгого сна на дне могилы".
- Во Франции люди стали оговаривать в своих завещаниях проведение после смерти таких тестов, как надрезы на конечностях и т.п., чтобы удостовериться в действительной кончине, либо обязательность определенного временного интервала - порядка одних-двух суток - между смертью и похоронами.
- Другие заказывали себе гробы, оборудованные сигнальными колокольчиками или флажками, переговорными трубами и даже устройствами автоматической эвакуации.

- От врача в те времена вовсе не требовалось находиться у постели больного вплоть до его смерти.
- Напротив, врач, убедившись, что пациент безнадежен, считал свою миссию законченной.
- Умиравший чаще имел дело со священником, который и констатировал смерть. Более того, даже когда государственные власти в стремлении совладать с паникой пытались узаконить медицинское освидетельствование смерти, им приходилось преодолевать сопротивление медиков.

Филипп Арьес цитирует в этой связи статью "Погребение" из вышедшего в Париже в 1818 г. (СМЕРТЬ КАК ПРОБЛЕМА ИСТОРИЧЕСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ)

- "Словаря медицинских наук" и приводит следующее красноречивое высказывание: **"Врачей редко зовут констатировать смерть, эта важная забота отдана наемным людям или тем, кто совершенно чужд знанию физического человека.**
- **Врач, который не может спасти больного, избегает находиться при нем после того, как тот издаст последний вздох, и все практикующие врачи, кажется, прониклись этой аксиомой одного великого философа: не подобает врачу навещать мертвеца".**

- Врачей, напротив, еще с древних времен учили распознавать ***знаки смерти*** - показатели не самой кончины, а ее приближения, - не для того, чтобы диагностировать смерть, а как раз для того, чтобы сразу после их обнаружения прекращать лечение.
- Это мотивировалось как опасением повредить своей репутации и даже навлечь немилость родственников человека, которого не удалось спасти, так и тем, что попытки продлить жизнь пациента, который не сможет выздороветь, неэтичны.
- Под влиянием широко распространившихся опасений относительно преждевременного захоронения ситуация начала меняться.

- Постепенно медицинская профессия обрела исключительное право, а вместе с тем и обязанность констатировать смерть.
- Международный конгресс анестезиологов в **1957 г.**, озабоченный тем, что развитие технологий искусственного поддержания жизни делает проблематичным медицинское определение момента смерти, обратился к главе католической церкви папе Пию XII с просьбой разъяснить, чем им следует руководствоваться, проводя границу между жизнью и смертью человека, тот ответил, **что уточнять определение смерти - дело не церкви, а врачей.** Таким образом, и церковь стала согласна с тем, что именно на врача, а не на священнике, лежит ответственность за констатацию смерти.

- Другая сторона процесса медиализации смерти, связанная настолько с рассмотренной, но проявившаяся значительно позднее и до сих пор еще утверждающаяся в разных странах мира, - это то, что **местом, где человек расстаётся с жизнью, всё чаще становится больница**. "В городах, - пишет в этой связи Ф. Арьес, - люди в большинстве случаев перестали умирать дома, как ещё раньше перестали дома появляться на свет. **В Нью-Йорке в 1967 г. 75% умерших скончались в больнице или в аналогичном заведении (в 1955 г. - 69%), а в целом по США - 60%**. В дальнейшем процент умерших в больнице продолжал расти". В результате многие люди, оказываясь дома рядом с умирающим родственником, просто не знают, как им себя вести и что следует делать.

Введение в биоэтику: Учеб. пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 381 с. - Библиогр. с. 381.

- Говоря об **умирании как процессе**, А.Я. Иванюшкин с соавт. подчеркивает то обстоятельство, что если сама по себе констатация смерти - это, по существу, одномоментный акт, то смерть, протекающая под наблюдением медиков, имеет длительность. При этом в определенной мере процесс умирания **контролируется** медицинским персоналом. А это значит, что смерть и умирание все в большей мере становятся не просто естественным событием, но таким событием, которое опосредуется имеющимися у медиков техническими возможностями и средствами, то есть в определенном смысле - событием искусственным, обусловленным теми решениями, которые принимаются людьми

По Ф. Арьесу

- **сегодняшняя смерть "укорачивается или продлевается в зависимости от действий врача: он не может ее предотвратить, но часто в состоянии регулировать ее длительность - от нескольких часов до нескольких недель, месяцев или даже лет. ...Бывает, оттягивание смертного часа становится самоцелью, и медицинский персонал не жалеет усилий, чтобы продлевать жизнь человека искусственными методами. ...Медицина, организованная в форме больницы, в принципе может позволить неизлечимому больному продолжать существование неопределенно долго".**

Понятие клинической смерти

- Поэтому вводится понятие "***клинической смерти***", когда отсутствуют видимые признаки жизни, такие как сердечная деятельность и дыхание, и угасают функции центральной нервной системы, но сохраняются обменные процессы в тканях. В отличие от "***биологической смерти***", с наступлением которой восстановление жизненных функций невозможно, ***клиническая смерть не является необратимой***. Возникает, таким образом, ситуация, когда не только появление знаков, но и наступление смерти (клинической) еще не является сигналом для прекращения борьбы врачей за жизнь пациента.

Случай с Карен Квинлан (по Зильберу А.П. 2008г.)

- Karen Ann Quinlan 21 г. в результате запоздалой реанимации впала в СВС (стойкое вегетативное состояние), в котором находилась с 1975 г. В течение 10 лет, пребывая в больнице сестринского ухода. В 1976г. Суд штата Нью-Джерси впервые в истории США вынес решение о возможности прекращения жизненных функций, в частности ИВЛ. Karen Ann Quinlan, задышала сама, как только выключили респиратор. В 1985г., т.е. через 10 лет СВС, она умерла от пневмонии и генерализованной инфекции дыхательных и мочевых путей. (Её именем назван алкогольный коктейль, от которого у неё остановилось сердце в первый раз/добавление к алкоголю разных медикаментов/, хоспис в штате Нью-Джерси, вышли литературно - художественные, кино - произведения и т.д.
- Описано несколько ненадежных случаев выхода из СВС. Так, 7 марта 2007г. Женщина по имени очнулась от СВС, продолжавшегося 6 лет. Она открыла глаза, разговаривала с родными, но через 3 дня снова впала в кому.

Заявление о персистирующем вегетативном состоянии

Принято 41-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989

- **Преамбула**
- В настоящее время трудно точно оценить, сколько людей на земле находится в персистирующем вегетативном состоянии (ПВС). 10 лет назад в Японии частота ПВС была оценена, как 2-3 случая на 100 тысяч жителей. Вследствие совершенствования средств интенсивной терапии (искусственной вентиляции легких, методов искусственного кровообращения, парентерального питания) и лечения инфекционных заболеваний у лиц с тяжелыми повреждениями мозга, число больных, находящихся в ПВС, прогрессивно нарастает. Врачам все чаще приходится принимать болезненные решения о моменте прекращения дорогостоящего искусственного жизнеобеспечения.
- **Персистирующее вегетативное состояние**

Заявление о персистирующем вегетативном состоянии

Принято 41-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989

- **Персистирующее вегетативное состояние**
- Патологическая утрата сознания может сопровождать различные повреждения мозга, включая недостаток питания, отравления, нарушения мозгового кровообращения, инфекции, физические повреждения или дегенеративные заболевания. Из комы - острая потеря сознания, похожая на сон, но больного нельзя разбудить - можно выйти с различной глубиной неврологического дефекта. При тяжелых повреждениях полушарий головного мозга обычен исход в вегетативное состояние, при котором пациент периодически засыпает и просыпается, однако его сознание не восстанавливается. Вегетативное состояние может быть как исходом комы, так и развиваться исподволь, в результате прогрессирования неврологических нарушений, например, в ходе болезни Альцгеймера. Если вегетативное состояние длится несколько недель, говорят о ПВС, поскольку тело сохраняет вегетативные функции, необходимые для поддержания жизни. При адекватном питании и уходе, лица в ПВС могут существовать годами, но вероятность выхода из него тем меньше, чем больше времени прошло с момента его возникновения.

Заявление о персистирующем вегетативном состоянии

Принято 41-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989

- **Восстановление**

- Если квалифицированные клиницисты установили, что пациент проснулся, но находится в бессознательном состоянии, то прогноз восстановления сознания определяется степенью повреждения мозга и длительностью комы. Лица в возрасте до 35 лет после черепно-мозговой травмы и некоторые больные после внутричерепного кровоизлияния могут восстанавливаться очень медленно; пробыв в ПВС от одного до трех месяцев, некоторые из них частично реабилитируются через полгода после острого эпизода. Как правило, шансы восстановления по истечении трех месяцев ПВС крайне низки, хотя известны и исключения, в части из которых речь идет, видимо, о нераспознанном переходе в состояние сурдомутизма вскоре после выхода из комы. Впрочем, в любом случае они не могут жить без постоянной квалифицированной медицинской поддержки.

Заявление о персистирующем вегетативном состоянии

Принято 41-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989

- **Общие рекомендации**
- За редким исключением, если больной не пришел в сознание в течение шести месяцев, шансов на восстановление крайне мало, вне зависимости от природы повреждения мозга.
- Поэтому гарантированным критерием необратимости ПВС можно считать 12 месяцев бессознательного состояния, а для лиц после 50 лет восстановление практически невозможно и через 6 месяцев.
- Риск прогностической ошибки приведенного критерия практически отсутствует, что позволяет основывать на нем врачебное решение о прекращении жизнеподдерживающего лечения лица, находящегося в ПВС. Если семья пациента поднимет вопрос об отключении систем жизнеобеспечения до рекомендуемого срока, последнее слово должно остаться за врачом, которому придется учесть местные юридические и этические нормы.
- http://medicine.onego.ru/prakt/law/l42_a.shtml
- Сурдомутизм — функциональное нарушение слуха и речи. Сурдомутизм носит временный характер. В основе сурдомутизма лежит процесс охранительного торможения в коре головного мозга на сверхсильные раздражители

Паллиативная помощь.

Хосписы

- **Статья 36. Паллиативная медицинская помощь (Федеральный закон №323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации)**
- 1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.
- 2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Паллиативная помощь.

Хосписы

- Основатель современных хосписов (организаций по физической и моральной поддержке умирающих больных) англичанка **С. Сондерс** еще в **1948 г.** пришла к простой мысли: умирающему пациенту можно и нужно помочь. Сложившаяся с тех пор система так называемой ***"паллиативной помощи"*** умирающим стала реализацией этой простой и гуманной цели.
- Латинское слово "pallium" означает "оболочка", "покрытие". Когда уже невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, когда достаточно скорая смерть пациента становится неизбежной, медик-профессионал обязан перейти к тактике паллиативного лечения, то есть купирования, смягчения ее отдельных симптомов.

Паллиативная помощь.

Хосписы

- Понятие "паллиативное лечение" не исчерпывается только клиническим содержанием, оно включает в себя новые социально-организационные формы лечения, оказания поддержки умирающим пациентам, новые решения моральных проблем и, если угодно, новую "философию медицинского дела".
- Различные формы организации паллиативной медицины - это патронажная служба помощи на дому, дневные и ночные стационары, выездная служба ("скорая помощь") и стационар хосписов, специализированные отделения больниц общего профиля и т.д.
- Действенность помощи умирающим определяется комплексным подходом к решению их проблем, бригадным характером деятельности участвующих в этом деле врачей - специалистов, медицинских сестер, психологов, а также представителей духовенства, добровольцев, получивших специальную подготовку.
- Незаменима при этом роль близких родственников и друзей пациента, которые, однако, и сами нуждаются в квалифицированных советах и руководстве.

- Когда врач и его коллеги владеют всем арсеналом средств и методов паллиативной помощи, они имеют моральное право сказать умирающему: **"Мы поможем тебе пройти через ЭТО"**.
- Из всех проблем умирающего больного проблема **борьбы с болью** часто является самой насущной и неотложной. Сразу же следует сказать, что такие больные имеют законное право на применение в соответствии с их состоянием имеющихся в наличии обезболивающих средств.
- **Борьба с болью есть неременное условие реализации одного из фундаментальных прав пациента - права на достойное умирание, о чем, в частности, специально говорится в принятой ВМА "Лиссабонской декларации прав пациента" (1981 г.).** Однако достижение этой цели рано или поздно требует от врача назначения таких доз обезболивающих лекарственных средств, которые сами по себе могут влиять на сокращение жизни пациента. Назначая такие дозы обезболивающих лекарств, врач исходит из того, что более важным для такого пациента является **качество**, а не **продолжительность** его жизни. Иногда, с целью облегчения страданий умирающего, бывает разумнее отказаться от каких-то методов лечения, которые будут пролевать не столько жизнь, сколько процесс умирания

- Проблема боли, страдания традиционно занимает очень важное место в различных религиозных системах (например, в буддизме считается, что затуманенное обезболивающими препаратами сознание не способно предаваться благотворным рассуждениям, что насущно важно для умирающего).
- Поэтому **Комитет экспертов ВОЗ, рассматривавший проблемы паллиативного лечения на одном из своих заседаний в 1989 г., пришел к выводу о необходимости считаться с решением верующего человека отказаться от обезболивания.**

ВЕНЕЦИАНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

Принята 35^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей,
Венеция, Италия, октябрь 1983

- 1. В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами.
- 2. Исключения из приведенного выше принципа (п. 1) не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.
- 3. Исключениями из приведенного выше принципа (п. 1), не считаются следующие случаи:
 - 3.1. 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.

ВЕНЕЦИАНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

Принята 35^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей,
Венеция, Италия, октябрь 1983

- Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания.
- 3.2. Врач должен воздерживаться от применения нестандартных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному.
- 3.3. Врач может искусственно поддерживать жизненные функции умершего с целью сохранения органов для трансплантации, при условии, что законы страны не запрещают этого, есть согласие, данное до наступления терминального состояния самим больным, либо, после констатации факта смерти, его законным представителем и смерть констатирована врачом, прямо несвязанным ни с лечением умершего, ни с лечением потенциального реципиента. Врачи, оказывающие помощь умирающему не должны зависеть ни от потенциального реципиента, ни от лечащих его врачей.

• *Октябрь. 1990 Оригинал: Английский*

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ СМЕРТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЬ

Принята 42^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990

- Преамбула
- Лечение смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль, должно проводиться так, чтобы они могли достойно уйти из жизни. Правильное применение опиоидных и неопиоидных анальгетиков может облегчить страдания большинства смертельно больных людей. Врач и все, участвующие в лечении страдающего от боли умирающего пациента, обязаны адекватно представлять генез болевых ощущений больного, знать клиническую фармакологию анальгетиков, понимать нужды пациента, членов его семьи и друзей. Правительство обязано обеспечить доступность такого количества опиоидов, которое необходимо для адекватного ведения тяжелого хронического болевого синдрома.

• *Октябрь. 1990 Оригинал: Английский*

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ СМЕРТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЬ

Принята 42^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990

- Принципы клинического ведения тяжелого хронического болевого синдрома:
- Врач должен сосредоточить усилия на облегчении страданий смертельно больного пациента. Боль, испытываемая таким пациентом, является лишь одной из составляющих его страданий. Степень болевых ощущений может варьировать от терпимой до невыносимой.
- Клинический опыт показывает, что для облегчения страданий смертельно больного пациента метод применения анальгетика много значимее того, какой конкретно опиоид будет применен.
- Есть разница между острой и хронической болью; именно она диктует применение того или иного опиоидного анальгетика.

• *Октябрь. 1990 Оригинал: Английский*

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ СМЕРТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЬ

Принята 42^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990

- Ниже перечислены общие принципы анальгетического пособия при тяжелой хронической боли.
- Лечение должно быть индивидуализировано с тем, чтобы как можно адекватнее соответствовать потребностям пациента и поддерживать: насколько это возможно, состояние комфорта.
- Необходимо помнить, что переносимость хронической боли отличается от переносимости боли острой.
- В целях избавления пациента от боли, врач должен знать силу, длительность действия и побочные эффекты имеющихся в наличии анальгетиков, выбрать из них подходящий, определить дозу и схему приема.
- У больных, которым неопиоидные анальгетики уже не помогают, сочетание неопиоидных анальгетиков с опиоидными может давать выраженный эффект.

• *Октябрь. 1990 Оригинал: Английский*

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ СМЕРТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЬ

Принята 42^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990

- Утрата противоболевого эффекта анальгетика по причине привыкания пациента к препарату диктует замену анальгетика.
- Появление ятрогенной зависимости от препарата не должна рассматриваться как главная проблема при лечении жестокой боли на фоне неопластических заболеваний и не может быть основанием для отказа от применения сильных анальгетиков у больных, которым такие анальгетики могут помочь.
- Правительства должны следить за тем, насколько существующая в их стране система здравоохранения, законодательство и подзаконные акты позволяют использовать опиоиды в медицинских целях устранять возможные препятствия на пути такого использования, а также разрабатывать мероприятия, направленные на обеспечение наличия и доступности опиоидов, применяемых в медицинских целях.

ЛИССАБОНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТА

Принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Лиссабон, Португалия, сентябрь–октябрь 1981 года

- Врач должен действовать в интересах пациента согласно своей совести, с учетом юридических, этических и практических норм той страны, где он практикует. Настоящая Декларация утверждает основные права, которыми, с точки зрения медицинского сообщества, должен обладать каждый пациент.
- Если в какой-либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации нижеперечисленных прав, врачи должны стремиться всеми доступными способами восстановить их и обеспечить их соблюдение.
- Пациент имеет право свободно выбирать врача.
- Пациент имеет право получать помощь врача, независимого от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях.

ЛИССАБОНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТА

Принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Лиссабон, Португалия, сентябрь–октябрь 1981 года

- Пациент имеет право, получив адекватную информацию, согласиться на лечение или отказаться от него.
- Пациент имеет право рассчитывать на то, что врач будет относиться ко всей медицинской и личной информации, доверенной ему, как к конфиденциальной.
- Пациент имеет право умереть достойно.
- Пациент имеет право воспользоваться духовной или моральной поддержкой, включая помощь служителя любой религиозной конфессии, или отклонить ее.
-
-
- *(с учетом изменений и дополнений, внесенных 47-й Генеральной Ассамблеей.
Бали, Индонезия, сентябрь 1995 г.)*
-

*с учетом изменений и дополнений, внесенных 47-й Генеральной
Ассамблеей.*

Бали, Индонезия, сентябрь 1995 г.

- **ПРЕАМБУЛА**

- В последние годы отношения между врачами, пациентами и широкой общественностью претерпели значительные изменения.
- Хотя врач должен действовать в интересах пациента согласно своей совести, необходимы также соответствующие гарантии автономии и справедливого отношения к пациенту.
- Настоящая Декларация утверждает основные права, которыми, с точки зрения медицинской сообществом, должен обладать каждый пациент.
- Врачи и прочие лица или учреждения, участвующие в оказании медицинской помощи, несут солидарную ответственность за признание и поддержку указанных прав.
- Если в какой-либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации ниже перечисленных прав, врачи должны стремиться всеми доступными средствами восстановить их и обеспечить их соблюдение.
- В контексте биомедицинских исследований на людях – в том числе биомедицинских исследований терапевтического характера – испытуемый имеет те же права, что и любой пациент в ходе обычного терапевтического процесса.

ПРИНЦИПЫ

- **1. Право на высококачественное медицинское обслуживание**
- а) Любое лицо имеет право на соответствующее медицинское обслуживание без каких-либо ограничений.
- б) Любой пациент имеет право получать помощь врача, который, по его мнению, имеет право принимать профессиональные медицинские и этические решения независимо от постороннего влияния.
- в) Лечение любого пациента проводится исключительно в интересах его здоровья. Лечение проводится в соответствии с общепринятыми медицинскими принципами.
- г) Обеспечение качества всегда должно являться неотъемлемой частью здравоохранения.
- В частности, врачам следует принять на себя обязанности по обеспечению качества предоставляемых медицинских услуг.
- д) В случаях, когда необходимо делать выбор между потенциальными пациентами для проведения какого-либо конкретного лечения при наличии ограниченных ресурсов, все пациенты имеют право на участие в справедливом отборе для указанного лечения. Такой отбор должен совершаться с учетом медицинских критериев и без какой-либо дискриминации.

ПРИНЦИПЫ

- е) Пациент имеет право на постоянное медицинское обслуживание. Врач обязан координировать обоснованный медицинский процесс в сотрудничестве с другими представителями здравоохранения, участвующими в лечении пациента. **Врач не имеет права прекращать лечение пациента, если дальнейшее лечение является обоснованным по медицинским соображениям, без оказания пациенту разумного содействия и предоставления достаточной возможности по поиску альтернативных способов получения медицинской помощи.**

ПРИНЦИПЫ

- **2. Право на свободу выбора**
- а) Пациент имеет право свободно выбирать и менять врача, больницу или учреждение здравоохранения, независимо от того, находятся ли они в частном или государственном секторе.
- б) Пациент имеет право на любом этапе обратиться за консультацией к другому врачу.

ПРИНЦИПЫ

- **3. Право на самоопределение**
- а) Пациент имеет право на самоопределение и на принятие независимых решений относительно своего здоровья. Врач обязан сообщить пациенту о последствиях его решения.
- б) Умственно полноценный совершеннолетний пациент имеет право соглашаться на любую диагностическую процедуру или терапию, а также отказываться от них. Пациент имеет право на получение информации, необходимой для принятия им решений. Пациент должен иметь четкое представление о целях и возможных результатах любого теста или лечения, а также о последствиях своего отказа.
- в) Пациент имеет право отказаться от участия в каком-либо исследовании или медицинской практике.

ПРИНЦИПЫ

- **4. Пациент в бессознательном состоянии**
- а) Если пациент находится в бессознательном состоянии или по иным причинам не в состоянии изъяснить свою волю, по мере возможности, необходимо получение согласия, основанного на полной информации, законным образом назначенного представителя, когда такая возможность предусмотрена законодательством.
- б) Если законным образом назначенный представитель отсутствует и при этом требуется незамедлительное медицинское вмешательство, согласие пациента может подразумеваться, за исключением случаев, когда прежние твердые заявления или убеждения пациента несомненно говорят о том, что пациент отказался бы от такого вмешательства в указанной ситуации.
- в) При этом врачам всегда следует попытаться спасти жизнь пациента, находящегося в бессознательном состоянии в результате попытки самоубийства.

Принципы

- **5. Неправоспособный пациент**
- а) Если пациент является несовершеннолетним или недееспособен по каким-либо иным причинам, требуется согласие законным образом назначенного представителя, когда такая возможность предусмотрена законодательством. Тем не менее, пациент должен принимать непосредственное участие в принятии решения в максимально допустимом объеме.
- б) Если недееспособный пациент в состоянии принимать рациональные решения, его решения должны учитываться и он имеет право запретить разглашение информации его законным образом назначенному представителю.
- в) Если законным образом назначенный представитель или лицо, уполномоченное пациентом, не дает согласия на лечение, которое, по мнению врача, отвечает интересам здоровья пациента, врачу следует оспорить указанное решение в соответствующем правовом или ином учреждении. В чрезвычайной ситуации врачу следует действовать в интересах здоровья пациента.

Принципы

- **6. Процедуры, проводимые против воли пациента**
- Диагностические процедуры или лечение могут проводиться против воли пациента в исключительных случаях, конкретно предусмотренных законом, в соответствии с принципами медицинской этики.

ПРИНЦИПЫ

- **7. Право на получение информации**
- а) Пациент имеет право на получение информации о себе, содержащейся в любой из его медицинских записей, а также быть полностью информированным относительно состояния своего здоровья, включая медицинские факты. Однако конфиденциальная информация в отношении третьих лиц, содержащаяся в записях пациента, не должна предоставляться пациенту без разрешения такой третьей стороны.
- б) В исключительных случаях информация может быть скрыта от пациента при наличии достаточных оснований для предположения, что такая информация создаст серьезную угрозу его жизни или здоровью.
- в) Информация должна сообщаться в соответствии с особенностями местной культуры и таким образом, чтобы она была понятна пациенту.
- г) По прямой просьбе пациента информация может ему не предоставляться, если только это не требуется для спасения жизни другого лица.
- д) Пациент имеет право выбирать лицо, которому следует сообщать сведения о нем (если таковое имеется).

Принципы

- **8. Право на конфиденциальность**
- а) Вся идентифицируемая информация относительно состояния здоровья пациента, диагноза, прогноза и лечения, а также любая иная информация личного характера считается конфиденциальной даже после смерти пациента. В исключительных случаях потомки могут получить право доступа к информации, касающейся риска наследственных заболеваний.
- б) Конфиденциальная информация может быть разглашена только в том случае, если пациент даст прямое согласие или такое разглашение прямо предусмотрено законом. Информация может сообщаться другим учреждениям здравоохранения исключительно по мере необходимости, если пациент не дал прямого согласия.
- в) Все идентифицируемые сведения о пациенте должны охраняться. Защита сведений осуществляется в соответствии с порядком их хранения. Лица, от которых могут исходить идентифицируемые сведения, должны быть защищены в аналогичном порядке.

ПРИНЦИПЫ

- **9. Право на санитарное просвещение**
- а) Каждое лицо имеет право на санитарное просвещение, которое поможет ему делать обоснованный выбор в отношении своего здоровья и предоставляемых медицинских услуг. Задачей просвещения является сообщение информации о здоровом образе жизни и методах предупреждения и выявления заболеваний на ранних стадиях. Следует делать особый упор на персональную ответственность каждого за свое здоровье. Врачи обязаны активно участвовать в процессе просвещения.

ПРИНЦИПЫ

- **10. Право на человеческое достоинство**
- а) Следует всегда уважать человеческое достоинство и право пациентов на неприкосновенность частной жизни, а также их культурные и моральные ценности при оказании медицинской помощи и в ходе практического медицинского обучения.
- б) Пациент имеет право на облегчение своих страданий с использованием существующих знаний в области медицины.
- в) Пациент имеет право на гуманный уход в случае неизлечимой болезни и предоставление возможностей для достойного и наименее болезненного ухода из жизни.
- **11. Право на религиозную поддержку**
- а) Пациент имеет право воспользоваться духовной или моральной поддержкой, включая помощь служителя любой религиозной конфессии, или отклонить ее

Определение смерти: моральные проблемы

- Морально-этические и юридические стороны вопросов, возникающих в связи с определением и критерия смерти, можно суммировать следующим образом. Критерий должен быть:
- **обоснованным с научно-медицинской точки зрения**, то есть позволяющим надежно и с высокой точностью отличать того, кого уже нельзя спасти, от того, за чью жизнь еще можно бороться;
- **доступным с практической точки зрения** - в том смысле, что в каждом конкретном случае для его использования не должно требоваться чрезвычайных усилий множества специалистов и чересчур много времени. Ведь медицинская констатация смерти человека - это, увы, весьма распространенная в современном обществе процедура;
- **объективным**, то есть таким, который будет одинаково пониматься и применяться любым достаточно квалифицированным специалистом, а также правильность применения которого в каждом конкретном случае может быть проверена.
- **Приемлемым**
- **с юридической точки зрения**;
- **с точки зрения господствующих в обществе в целом культурных и этических норм.**
-

Гарвардский критерий

- Критерий смерти был выработан в 1968 г. в Гарварде (США). Для этого была создана комиссия специалистов, предложившая критерий смерти, основывающийся на необратимом прекращении деятельности не сердца и легких, а мозга.
- При выявлении смерти мозга регистрируется прекращение всех функций полушарий и ствола мозга; стойкое отсутствие сознания; отсутствие естественного дыхания; отсутствие всех движений - как спонтанных, так и в ответ на сильные раздражители; отсутствие реакции зрачков на яркий свет; неподвижность глазных яблок, зафиксированных в среднем положении, и др.
- **Решающий признак смерти мозга - смерть ствола**, где заложен дыхательный центр. Кроме того, при установлении диагноза "смерть мозга" с помощью ЭЭГ тестируется отсутствие электрической активности мозга и с помощью ангиографии - прекращение мозгового кровообращения.

Критерии

- Впоследствии этот новый критерий смерти был узаконен в США, основанием для чего послужили выводы Президентской комиссии по изучению этических проблем в медицине и биомедицинских и поведенческих исследований. **В 1981 г. эта комиссия предложила формулировку так называемой "полной мозговой смерти". Были указаны два критерия смерти:**
 - 1) необратимое прекращение функций кровообращения и дыхания;
 - 2) необратимое прекращение всех функций мозга в целом, включая мозговой ствол.
- Первый из названных критериев, как очевидно, является традиционным, второй - новым.
- В последующем этот новый критерий смерти мозга был узаконен в большинстве стран мира.

Эвтаназия

- **Статья 45. Запрещение эвтанази (Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (с изм. от 7 марта 2005 г.))**
- **Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтанази - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.**
- **Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.**
- **Статья 45. Запрет эвтанази (Федеральный закон №323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации)**
- **Медицинским работникам запрещается осуществление эвтанази, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента**

Октябрь 1987 Оригинал: Английский

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.

Сентябрь 1992 Оригинал: Английский

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОСОБНИЧЕСТВЕ ВРАЧЕЙ ПРИ САМОУБИЙСТВАХ

***Принята 44^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Марбэлла, Испания,
сентябрь 1992***

- **Случаи самоубийства при пособничестве врача стали в последнее время предметом пристального внимания со стороны общественности. Известны случаи использования приспособлений, сконструированных врачом, который инструктирует пациента о том, как ими воспользоваться в целях самоубийства. Налицо помощь в осуществлении акта самоубийства. Иногда врач дает пациенту лекарство и информирует о дозе, прием которой приведет к летальному исходу. В перечисленных случаях речь идет о серьезно и даже смертельно больных людях, жестоко страдающих от бели, отдающих себе отчет в своих действиях и самостоятельно принявших решение о самоубийстве. Пациенты, намеревающиеся покончить жизнь самоубийством, зачастую находятся в депрессии, которая обычно сопровождает смертельное заболевание.**

Сентябрь 1992 Оригинал: Английский

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОСОБНИЧЕСТВЕ ВРАЧЕЙ ПРИ САМОУБИЙСТВАХ

***Принята 44^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Марбэлла, Испания,
сентябрь 1992***

- Подобно эвтаназии, самоубийство при пособничестве врача является неэтичным и подлежит осуждению со стороны медицинской общественности. Врач поступает неэтично, если его действия направлены на помощь пациенту в деле совершения самоубийства. Вместе с тем, право пациента отказаться от медицинской помощи является одним из основных и действия врача, направленные на уважение этого права, даже если они ведут к смерти пациента, вполне этичны.

Аргументы противников эвтанази.

- Эвтаназия - покушение на непреходящую ценность, каковой является человеческая жизнь.
- Не только и христианстве, но и во всех других религиозных конфессиях в качестве одной из высших ценностей выступает **святость человеческой жизни**, а потому самоубийство и эвтаназия рассматриваются как нарушение божьей воли.
- Если в каком-то обществе такое требование нарушается в массовом порядке, это есть свидетельство его глубокой моральной деградации.
- *Легализация* какой-либо практики уничтожения человеческих жизней, то есть превращение ее в принятую, санкционированную обществом, чревата глубочайшим потрясением всего нормативно-ценностного порядка, только благодаря существованию которого люди и продолжают оставаться людьми.

Аргументы противников

эвтаназии.

- Возможность **диагностической и прогностической ошибки врача**. Перед нами достаточно веский аргумент, так что там, где эвтаназия в той или иной форме узаконена, ее осуществление в каждом случае требует независимого подтверждения первоначально установленного диагноза и прогноза.
- Возможность **появления новых медикаментов и способов лечения**.
- Наличие **эффективных болеутоляющих средств**.
- Риск **злоупотреблений со стороны персонала**. Если эвтаназия будет узаконена, у медицинского персонала будет возникать искушение использовать ее не столько исходя из интересов и желания пациента, сколько из других, гораздо менее гуманных, соображений.

•

Аргументы противников эвтаназии.

- Аргумент "***наклонной плоскости***". Если эвтаназия будет узаконена и законе будут прописаны жесткие требования к ее практическому осуществлению, в реальной жизни постоянно будут возникать ситуации "на грани" узаконенных требований. Постепенные незначительные отступления будут размывать строгость закона и в конечном счете приведут к тому, что начнутся неконтролируемые процессы, так что эвтаназия будет осуществляться не из сострадания, а во имя совсем других целей.
- Эвтаназия – это «медицинская капитуляция», поэтому легализация такой практики ослабит стремление общества к развитию паллиативной помощи умирающим, и, в конечном счете, к стремлению найти средства лечения ныне неизлечимых болезней.
-

ВОЗ

- Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке в своем официальном Докладе (1989) придерживается следующей позиции: **«С развитием современных методов паллиативного лечения легализация добровольной эвтаназии не обязательна. Сейчас, когда существует приемлемая альтернатива смерти, сопровождающейся болями, следует концентрировать усилия на реализации программы паллиативного лечения, а не увлекаться борьбой за легализацию эвтаназии».**

СТАТИСТИКА

- Голландские врачи, осуществляющие эвтаназию, указывают следующие причины: невыносимая ситуация – 70%, страх перед страданиями – 50%, потеря достоинства – 57%, зависимость от других – 33%, усталость от жизни – 33%. В ряде причин боль наряду с другими факторами указали 46%, но как единственную причину – только 3%.

Преходящая депрессия

- Очень не простой проблемой становится исключение преходящей депрессии. Некоторые авторы утверждают, что вышеназванные причины могут свидетельствовать о такой депрессии. Как показало одно из исследований, проведенных в **США 2/3 пациентов, выразивших желание умереть, спустя 3 недели такого желания не высказывали.** Аналогичное исследование, проведенное в хосписах, показало такие же результаты. Немало пациентов, высказывавших такое желание, попав в хоспис, вообще отказались от него, а способные ходить помогали персоналу ухаживать за лежачими пациентами. Следует отметить, что в хосписах осуществляется особый уход за такими больными. Приоритетным является купирование физической боли, а затем душевных страданий. Этому немало помогают квалифицированные медсестры, социальные работники, священники.
- Большое страдание умирающему причиняет одиночество, ведь таких больных стараются избегать и сами медицинские работники, а порой и родственники. Монахиня мать Тереза, отдавшая всю свою жизнь помощи жителям трущоб в Калькутте и получившая за свое милосердие Нобелевскую премию мира, ответила на вопрос, какое несчастье в жизни она считает самым ужасным, она ответила: **«Одиночество».** Да, не болезнь, не голод, и даже не смерть, а одиночество.

Лектор Липатова Елена
Ефратовна

- **Спасибо за внимание**