

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА И ЭВТАНАЗИЯ

В.А. Лапотников, проф., **В.Н. Петров**, проф.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

E-mail: vlapotnikov@mail.ru

Рассмотрены этические аспекты паллиативной помощи и эвтаназии.

Ключевые слова: паллиативная помощь, эвтаназия, этические проблемы.

Традиционно паллиативную помощь чаще всего оказывают онкологическим больным. Между тем медико-демографическая ситуация в нашей стране и в мире характеризуется увеличением числа больных пожилого и старческого возраста с терминальными стадиями сердечной недостаточности, обширными поражениями центральной нервной системы, переломами шейки бедра, дегенеративными заболеваниями костно-суставной системы, травмами позвоночника, деменцией, болезнью Альцгеймера, которым необходима паллиативная помощь. Нуждаются в ней и пациенты в терминальных стадиях ВИЧ-инфекции, почечной и печеночной недостаточности, рассеянного энцефаломиелита. Особая проблема – паллиативная помощь детям и подросткам с терминальной стадией неизлечимого заболевания, поскольку смерть пациентов этого возраста крайне отрицательно влияет на членов семьи. В оказании паллиативной помощи в первую очередь нуждаются: инкурабельные онкологические больные; пациенты, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт); больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции (ВОЗ, 2005).

В последние годы в средствах массовой информации нашей страны достаточно активно обсуждается проблема легализации эвтаназии. Эвтаназия (от греч. *eu* – хорошо, и *thanatos* – смерть) – буквально «добрая», «хорошая» смерть. Термин «эвтаназия» впервые употреблен Френсисом Беконом в XVI веке для определения «легкой смерти».

Эвтаназия предполагает осознанное, мотивированное, намеренное и достаточно быстрое прекращение жизни больного, в том числе и при неизлечимой болезни. Она официально разрешена в Голландии, Бельгии и американском штате Орегон, где используют так называемое «ассистируемое самоубийство». В США с 1998 г. этим правом воспользовались 170 неизлечимых больных, в Бельгии с 2002 г. – 400, а в Голландии только в 2005 г. добровольно ушли из жизни 4300 человек. Во Франции, Швейцарии и Австралии разрешена «пассивная эвтаназия» – смертельно больным людям позволяют отказываться от лечения. В противоположность этому в Германии эвтаназия запрещена за

коном, наказание за ее применение – лишение свободы сроком от 6 мес до 5 лет. Британские врачи выступают за разрешение «активной эвтаназии» в отношении нежизнеспособных младенцев. По мнению врачей, это позволило бы значительно снизить частоту прерывания беременности на поздних сроках.

В Российской Федерации статья 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» запрещает врачам «удовлетворять просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами». Эвтаназия считается в РФ уголовным преступлением.

Существует следующая классификация эвтаназии («Медицинское решение о конце жизни» – «Medical decision concerning end of life»):

- собственно эвтаназия – активное участие врача в смерти пациента (производимое врачом убийство больного с информированного согласия последнего);
- ассистируемый врачом суицид: врач готовит смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.

Сторонники эвтаназии, хотя бы в форме прекращения лечения, считают ее допустимой по соображениям:

- медицинским: смерть – последнее средство прекратить страдания больного;
- заботы больного о близких: «не хочу их обременять собой»;
- эгоистическим: «хочу умереть достойно»;
- биологическим: уничтожение неполноценных людей из-за угрозы вырождения человека как биологического вида вследствие накопления в популяции патологических генов;
- целесообразности – прекращение длительных и безрезультатных мероприятий по поддержанию жизни безнадежных больных, в то время как можно использовать аппаратуру для реанимации вновь поступивших и менее тяжелых больных (с меньшим объемом поражений);
- экономическим – для лечения и поддержания жизни неизлечимых больных требуются дорогостоящие аппаратура и лекарства.

Последние 3 соображения широко использовались в фашистской Германии, где государственная политика предполагала уничтожение «неполноценных», умерщвление тяжелораненых вследствие дефицита медикаментов и госпитальных ресурсов в конце войны.

Противники эвтаназии в любой форме приводят другие аргументы:

- прежде всего – религиозные: «не убий», «любовь к ближнему ради Бога» (самоочищение и путь к Спасению через заботу о тяжелобольных);
- медицине известны редкие случаи самопроизвольного излечения рака; суть саморазвития медицины – борьба со смертью и страданием, изыскание новых средств и методов лечения;
- при активной социальной позиции общества возможна практически полная реабилитация инвалидов с любой степенью ограничения возможностей, позволяющая вернуть человека к жизни как личность.

Паллиативная помощь отстаивает право пациента на «хорошую смерть», а различия между пассивной и активной эвтаназией и естественной смертью могут быть весьма размытыми в условиях паллиативного ухода. Философия паллиативной медицины и состоит в том, что намеренное прекращение жизни пациента никогда не является необходимым, а паллиативная помощь – не альтернатива эвтаназии. Врачи и медсестры должны понимать, что их долг – поддерживать жизнь, а не поощрять желание пациента убить себя или ускорить наступление смерти.

Необходимо отметить, что ни закон, ни общественная мораль не могут требовать от врача или медсестры, чтобы они становились помощниками смерти. Может случиться так, что врач или медсестра прекращают лечение и поддержание жизни или активно содействуют прекращению жизни невыносимо страдающего пациента, используя наркотические или иные средства (ведь паллиативная помощь не всегда может облегчить страдания). Однако такие действия при любых обстоятельствах будут считаться незаконными и в большинстве случаев порицаются общественной моралью.

Легализация эвтаназии в Голландии и некоторых других странах формально выводит из криминальной сферы акты эвтаназии при определенных, очень строгих и в правовом плане допустимых обстоятельствах. Однако закон не вынуждает врачей и медсестер применять эвтаназию против их воли или совести, не отменяет их долг оказывать медико-социальную и психологическую помощь страдающему (умирающему) пациенту, уважая его человеческое достоинство. Разрешение эвтаназии не может предотвратить злоупотребления заинтересованных лиц, которые могут извлечь выгоду из смерти человека. Если внимательно прочесть «Предписание для врача, составляющего отчет об эвтаназии», утвержденное Парламентом Нидерландов, легко понять, что эвтаназией можно воспользоваться, чтобы завладеть собственностью, устранить конкурента или реализовать свои политические и националистические идеи.

**Предписание для врача,
составляющего отчет об эвтаназии
(утверждено парламентом Нидерландов, 1993):**

История болезни:

- чем был болен пациент и каков основной диагноз?
- давно ли началась болезнь?
- какое лечение применялось (лекарственное, хирургическое, физиотерапевтическое и др.)?

- назовите, пожалуйста, имена, адреса, телефоны всех врачей, чьими услугами пользовался пациент; каковы их диагнозы?
- были ли нравственные и (или) физические страдания пациента достаточно велики, чтобы он (она) мог счесть их невыносимыми?
- было ли положение пациента действительно отчаянным, без всякой надежды на выздоровление? действительно ли кончина была неотвратимой?
- можно ли было сделать заключение, что впереди пациента ждут только мучения, обрекающие его(её) на утрату человеческого достоинства и невыносимые человеческие страдания?
- не было ли у пациента шансов на смерть с достоинством без использования эвтаназии? когда, с вашей точки зрения, наступила бы смерть пациента, если бы вы не прибегли к эвтаназии?
- предлагали ли Вы пациенту, какие-либо меры облегчения грядущих страданий? возможны ли были такие меры в принципе?

Просьба об эвтаназии:

- сделал ли пациент добровольное, недвусмысленное и осознанное заявление с просьбой эвтаназии? если да, то в результате чего: истощающей информации, предоставленной Вами ему (ей) о состоянии болезни и способе прекращения жизни; беседе о возможности или невозможности облегчения страдания?
- если пациент сделал подобное заявление, то когда и кому? были ли свидетели?
- оставил ли пациент завещание? если да, то представьте его, пожалуйста, муниципальному патологу;
- сознавал ли пациент, делая заявление, его последствия? адекватно ли он(она) представлял/а свое физическое и психическое состояние? какие доказательства Вы можете предъявить в подтверждение своих слов?
- рассматривал ли пациент иные варианты кроме эвтаназии? если да, то какие? если нет, то почему?
- повлияло ли на решение пациента или на Ваше решение какое-нибудь третье лицо? если да, то каким образом?

Дублирующее мнение:

- консультировались ли Вы с другими врачами? если да, то сообщите, пожалуйста, их имена, адреса и телефоны;
- к какому заключению пришли Ваши коллеги?
- видели ли доктора пациента? если да, то когда именно? если нет, то на чем основывалось их заключение?

Эвтаназия:

- кто осуществлял эвтаназию и как именно?
- был ли пациент заранее информирован о способе эвтаназии? если да, то как и кем?
- уверены ли Вы были в том, что избранный способ эвтаназии даст ожидаемый эффект?
- кто, кроме врачей, присутствовал при эвтаназии? сообщите, пожалуйста, их имена, адреса и телефоны.

Наиболее исчерпывающее изучение эвтаназии было предпринято в начале 90-х годов в Голландии. Самыми существенными причинами просьб больного об эвтаназии были: невыносимая ситуация (70%); страх перед грядущими страданиями (50%); потеря достоинства (57%); зависимость от других (33%); усталость от жизни (33%).

Если человек ежесекундно мучается от невыносимой боли, то ответ на вопрос, хочет ли он избавиться от страданий ценой ухода из жизни в подавляющем большинстве случаев будет положительным. Боль в сочетании с другими факторами как причина просьбы об эвтаназии была названа 46% пациентов, как единственная причина – только 3%. Невозможно сделать объективное заключение о причинах, вызвавших просьбу об эвтаназии, кроме того, что в их основе лежат не только физические страдания, но и психологическое состояние больного, которое во многом зависит от окружения пациента и может изменяться в зависимости от ситуации.

Исследования, проведенные в США, показали, что просьбы пациентов, высказавших настойчивое и убедительное желание умереть, были обусловлены не только мучительной, неустранимой болью, но и слабой социальной поддержкой и глубокой депрессией. Важно отметить, что по прошествии 2 нед работы с ними психотерапевта 2/3 пациентов отказались от эвтаназии. По мнению президента общероссийского движения «Медицина за качество жизни» профессора Г.А. Новикова, необходимо избавить человека от страдания, а потом уже спрашивать, готов ли он переселиться в мир иной. Вряд ли человек, не испытывающий боли, находящийся в здравом уме и сохранивший память, добровольно выберет смерть.

Есть много причин просьб об эвтаназии. Для врача и медсестры один из наиболее трудных вопросов – как отвечать такому пациенту.

Рассмотрим некоторые возможные варианты реакции на подобную просьбу (Методические рекомендации по организации паллиативной помощи, утв. Минздравсоцразвития РФ 22.09.2008 № 7180-РХ):

- спросить пациента о причинах просьбы;
- исследовать эти причины;
- скорректировать то, что представляется возможным осуществить;
- просить пациента проконтролировать свое решение;
- подумать вместе с родственниками о духовных проблемах пациента;
- признать в чем-то свою беспомощность, но убедить просящего в том, что еще есть возможности (пусть слабые) уменьшить тягостные симптомы и т.д.

Некоторые причины просьб об эвтаназии можно устранить после тщательного их исследования (анализа) врачом или медсестрой. Только после выяснения всех проблем пациента ему следует дать совет или по возможности убедить его отказаться от этой мысли.

Пока не существует идеального этического и правового решения проблемы эвтаназии. Следует помнить, что просьба об эвтаназии – все же редкость. Поэтому каждый случай требует отдельного обсуждения. Часто такая просьба вызвана отсутствием должного внимания, поддержки со стороны окружающих и государ-

ства. Мысли о своей ненужности и обременительности для близких – одна из основных причин подобных просьб. Многие из таких пациентов в действительности нуждаются в понимании их проблем, в адекватной тяжести заболевания (диагнозу) физической, духовной и психологической поддержке, качественной паллиативной помощи, что и является объективной альтернативой эвтаназии.

Принятие эвтаназии обществом и государством можно рассматривать как признание ими страшной и бесчеловечной философии: нет человека, нет проблемы. Противники эвтаназии считают ее легализацию результатом признания государством своего юридического права на убийство «бесперспективных» инвалидов и стариков, в котором должны участвовать врачи и медсестры. Вместо оказания больному помощи ему навязывают суицидальное поведение. Во все времена в медицинских учебных заведениях будущих врачей и медсестер готовили к выполнению их священного долга – бороться за жизнь пациента и по возможности облегчать ему страдания. Как же на этом фоне будет выглядеть введение в учебные программы легализованного убийства? Тогда нужно будет писать в дипломах и сертификатах: специализация – «медсестра-киллер», «врач-киллер». Не случайно в Голландии, где эвтаназия разрешена, до 75% врачей отказываются участвовать в этой процедуре.

Важный этический вопрос – соблюдение равноправия и распределения ресурсов при оказании паллиативной помощи. Равноправие означает равную доступность ресурсов системы здравоохранения (в том числе – хосписной помощи) для всех граждан в соответствии с их нуждами независимо от финансового положения, классовой, религиозной или расовой принадлежности. Все пациенты в терминальных стадиях активного, прогрессирующего заболевания, для которых основной целью лечения является облегчение или предотвращение страданий и поддержание должного качества жизни, должны иметь доступ к паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Позиция прагматиков – зачем тратить и без того ограниченные ресурсы здравоохранения на бесперспективных в плане медицинской помощи, умирающих больных – имеет обоснование: затраты на лечение лиц старших возрастных групп составляют до 33–36% всех ресурсов здравоохранения. Однако существует и другое, преобладающее мнение: паллиативная медицина необходима и актуальна, поскольку общество не будет здоровым ни морально, ни физически, если не станет заботиться о неизлечимых больных и если экономические проблемы будут приоритетными при решении вопроса о помощи тяжелобольным.

Паллиативная медицина имеет реальную возможность продемонстрировать эффективность мер по повышению качества жизни больного и его родственников, по контролю патологических симптомов, в том числе болевого синдрома. Она может доказать обществу эффективность таких затрат.

В повседневной клинической практике, особенно в условиях ограниченных ресурсов и необходимости соблюдения права каждого человека на жизнь, доступную и безопасную медицинскую помощь, вполне

возможен конфликт между различными этическими принципами. Принимая решение, следует исходить из того, что идет на благо конкретному больному, соотнося пользу и вред от каждого вмешательства.

В нашей стране уже более 20 лет развивается новый раздел медицины – паллиативная медицина. Ее цель – облегчить страдания, улучшить качество жизни паци-

ента. Расширение сети учреждений паллиативной помощи и подготовка специалистов для работы в них предусмотрены Концепцией развития отечественного здравоохранения до 2020 г. Это позволит сохранить и реализовать на практике старейшую этическую медицинскую заповедь: SALUS AEGROTI SUPREMA LEX – «**Благо больного превыше всего**».

Рекомендуемая литература

Гнездилов А. В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. – СПб.: Клинт, 1995. – 136 с.

Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.

Иванюшкин А.Я., Хетагурова А.К. История и этика сестринского дела. Учеб. пособие. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 320 с.

Кюблер-Росс Элизабет. О смерти и умирании / Пер. с англ. – Киев: София, 2001. – 317 с.

Методические рекомендации по организации паллиативной помощи. – Минздравсоцразвития РФ 22.09.2008 г. № 7180-РХ.

Паллиативная помощь и права человека: справочное руководство (4-е изд.). – Институт «Открытое общество» и Международный центр обучения правам человека «Эквитас», 2009. – 78 с.

Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы (2-е изд.). – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 240 с.

PALLIATIVE MEDICINE AND EUTHANASIA

Professor V.A. Lapotnikov; Professor V.N. Petrov

Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education

The paper considers the ethical aspects of palliative care and euthanasia.

Key words: *palliative care, euthanasia, ethical problems.*