

Здоровье и общество

© Москвичева Л. И., Агамов З. Х., 2020

УДК 614.2

Москвичева Л. И.¹, Агамов З. Х.²

ЭВТАНАЗИЯ КАК ОБЩЕМИРОВАЯ ДИЛЕММА СОВРЕМЕННОСТИ

¹Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, 125284, г. Москва;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Сегодня во всем мире важнейшее место в медицине занимают этические-правовые аспекты организации медицинской помощи и оказания качественных медицинских услуг гражданам. Основным механизмом функционирования пациентоцентрированной системы здравоохранения является реализация прав пациентов, описанных в нашей стране в рамках международных нормативных правовых актов, Конституции Российской Федерации, Гражданского, Гражданско-процессуального и Уголовного кодексов Российской Федерации, а также законодательства об охране здоровья граждан.

С середины XX в. во многих странах широко обсуждается возможность обеспечения одного из самых спорных и неочевидных прав пациента — права на смерть, в качестве механизмов реализации которого в медицинской практике могут выступать акты эвтаназии, ассистированного самоубийства, добровольной смерти (отказ от воды и пищи), «убийства из сочувствия», терминальной седации, а также феномен «двойного эффекта». В настоящей статье приведен обзор научных работ, представленных в российских и зарубежных базах данных, освещающий предпосылки внедрения эвтаназии в практику, а также международный опыт применения данного механизма ухода из жизни.

Ключевые слова: эвтаназия; ассистированный суицид; Конституция Российской Федерации; Уголовный кодекс Российской Федерации; законодательство об охране здоровья граждан; здравоохранение.

Для цитирования: Москвичева Л. И., Агамов З. Х. Эвтаназия как общемировая дилемма современности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(5):867—876. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-5-867-876>

Для корреспонденции: Москвичева Людмила Ивановна, врач-онколог кабинета ультразвуковой диагностики и терапии Московского научно-исследовательского онкологического института имени П. А. Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, e-mail: ludamed16@mail.ru

Moskvicheva L. I.¹, Agamov Z. Kh.²

EUTHANASIA AS A WORLDWIDE DILEMMA OF MODERN TIMES

¹The P. A. Hertsen Moscow Research Oncologic Institute, the Branch of The Federal State Budget Institution “The National Medical Research Center of Radiology” of Minzdrav of Russia, 125284, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

Nowadays, the most important place in medicine is occupied by ethical and legal aspects of organization of medical care and the provision of qualitative medical services to citizens. The main mechanism of functioning of the patient-centric health care system is implementation of the rights of patients as described in our country within the framework of international legal acts, the Constitution of the Russian Federation, the Civil, the Civil Procedure and Criminal Codes of the Russian Federation, as well as the Legislation on the protection of health of citizen.

Since the mid of twentieth century, in many countries was widely discussed possibility of ensuring one of the most controversial and non-obvious rights of patient — the right to death. In medical practice, the mechanisms implementing this right are the acts of euthanasia, the assisted suicide, the voluntary death (refusal of water and food), “murder out of sympathy”, terminal sedation and the phenomenon of “double effect” as well.

The article presents review of scientific publications presented in national and international databases, highlighting prerequisites of implementation of euthanasia into practice and international experience of applying this mechanism of demise as well.

Keywords: euthanasia; assisted suicide; the Constitution of the Russian Federation; the Criminal Code of the Russian Federation; the Legislation on the protection of health of citizen.

For citation: Moskvicheva L. I., Agamov Z. Kh. Euthanasia as a worldwide dilemma of modern times. *Problemi socialnoi gigeni, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. 2020;28(5):867—876 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-5-867-876>

For correspondence: Moskvicheva L. I., the Physician Oncologist of the Room of Ultrasound Diagnostic and Therapy of the P. A. Hertsen Moscow Research Oncologic Institute, the Branch of The Federal State Budget Institution “The National Medical Research Center of Radiology”, e-mail: ludamed16@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 04.03.2020

Accepted 21.05.2020

Предпосылки мировой популяризации эвтаназии

Традиционно во всем мире понятие «медицинская помощь» воспринимается как антипод человеческой смерти, поскольку в определенной степени определяет сам факт жизни человека и ее качество. Однако в случае наличия у больного тяжелого неизлечимого заболевания, неудовлетворительного общего состояния, низкого качества жизни по причине неконтролируемости различных симптомов и синдромов болезнью основными вариантами оказания медицинской помощи являются паллиативные и симптоматические процедуры, уход.

Рост интереса к эвтаназии как средству умышленного добровольного искусственного прекращения страданий неизлечимо больного и отчаявшегося пациента в настоящее время связан с процессами мирового старения населения и роста числа пациентов, страдающих множественными хроническими заболеваниями, которые оказывают значительное негативное влияние на качество их жизни, а также слабым развитием системы паллиативной помощи в большинстве государств мира, не позволяющим проводить необходимую и адекватную посиндромную коррекцию неизлечимых патологий [1, 2].

Спектр заболеваний, при которых пациенты вынуждены получать лишь паллиативную помощь, довольно широк: неинфекционные хронические заболевания (злокачественные опухоли, сердечно-сосудистая и эндокринная патология, хроническая obstructивная болезнь легких, хроническая патология печени и почек, аутоиммунные и нейродегенеративные заболевания), инфекционные заболевания (ВИЧ-инфекция и СПИД, лекарственнорезистентные формы туберкулеза) [3].

В 2017 г. в Российской Федерации зарегистрировано более 617 тыс. случаев впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований, прирост данного показателя по сравнению с 2016 г. составил 3%, а численность онкологических больных составила 2,5% населения страны, из которых 20,6% представлены сельскими жителями и 64,3% — пациентами старше трудоспособного возраста (55 лет для женщин и 60 лет для мужчин) [4].

Среди инфекционных заболеваний наибольшую опасность для пациентов представляют лекарственно-устойчивые формы туберкулеза и ВИЧ-инфекция. В 2016 г. было зарегистрировано 600 тыс. впервые выявленных случаев туберкулеза с устойчивостью возбудителя к рифампицину, из которых 490 тыс. характеризовались множественной лекарственной резистентностью; 47% данных пациентов были выявлены в Индии, Китае и Российской Федерации [5].

В связи с низким охватом больных антиретровирусной терапией в России среди ВИЧ-инфицированных пациентов до настоящего времени наблюдается рост смертности [6]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2017 г. было зарегистрировано 476 774 случая сочетанного туберкулеза с

ВИЧ-инфекцией, а в 2016 г. от данной микстинфекции умерло около 374 тыс. человек [7].

Наиболее распространенным и тяжелым в практике паллиативной медицинской помощи является болевой синдром, умеренная и выраженная степени интенсивности которого наблюдаются у доминирующего большинства пациентов со злокачественными опухолями, СПИДом, декомпенсированной патологией сердечно-сосудистой системы и легких [8].

Во многих странах мира исследователи отмечают наличие ряда сложностей оказания паллиативной помощи больным: отсутствие учета реальной потребности населения в данном виде помощи при формировании государственной политики в сфере здравоохранения, недоступность качественной специализированной подготовки специалистов для работы в данной области, недостаточность доступа к опиоидным анальгетикам [9].

По данным проведенного крупного исследования, в 2006 г. одна или несколько служб хосписно-паллиативной помощи были организованы в 115 (49%) из 234 стран мира, а в 2011 г. — в 136 (58%) странах. Авторы выделили 4 группы стран в зависимости от уровня развития паллиативной помощи:

- группа 1 (75 стран, 32%) представлена странами, об уровне организации паллиативной помощи в которых данных не получено (например, Афганистан, Бутан, Французская Полинезия, Лаос, Мексика);
- группа 2 (23 страны, 10%) — страны с развивающимся потенциалом в сфере паллиативной помощи (Азербайджан, Боливия, Катар, Никарагуа, Таджикистан, Черногория и др.);
- группа 3а (74 страны, 31,6%) — страны, организовавшие единичные хосписы (Перу, Филиппины, Россия, Доминиканская Республика, Эквадор, Египет, Сальвадор, Эстония, Эфиопия, Греция и др.);
- группа 3б (17 стран, 7,3%) — с организацией сети лечебных учреждений для паллиативной помощи (например, Албания, Аргентина, Беларусь, Хорватия, Кипр, Чешская Республика, Грузия, Индия, Иордания, Литва, Португалия, Турция);
- группа 4а (25 стран, 10,7%) — страны с признаками начальной интеграции инициативы по развитию паллиативной помощи в политику здравоохранения (Нидерланды, Финляндия, Венгрия, Люксембург, Израиль, Дания, Китай, Чили и др.);
- группа 4б (20 стран, 8,5%) — с выраженным вовлечением системы организации и оказания паллиативной помощи больным в политику общественного здоровья (например, Австралия, США, Канада, Швейцария, Франция, Германия, Гонконг, Сингапур, Япония, Норвегия, Польша, Швеция, Великобритания).

Таким образом, лишь 8,5% стран мира характеризуются высоким уровнем развития паллиативной помощи пациентам [10].

Здоровье и общество

Несмотря на то что Бельгия по вышеописанной классификации входит в группу 4б, исследователи отмечают наличие существенной потребности населения данной страны в увеличении степени доступности и улучшении качества паллиативных медицинских услуг [11]. Среди необходимых направлений развития паллиативной помощи в Бельгии Европейская ассоциация паллиативной помощи выделила увеличение уровня финансирования данного направления, проведение научных исследований в области паллиативной помощи населению и разработку стандартов и клинических рекомендаций по оказанию данного вида услуг [12]. Кроме того, ряд ученых отмечают недостаточный уровень подготовки специалистов страны, участвующих в курации неизлечимых больных: лишь 55,4% врачей общей практики Бельгии имеют дополнительное образование по программе паллиативной помощи или состоят в тематических профессиональных сообществах [13].

Общие сведения об эвтаназии и отношение к ней

Эвтаназия, или эйтаназия (в переводе с греческого — хорошая смерть), — термин, предложенный ан-

глийским философом Ф. Бэконом еще на рубеже XVI—XVII вв. для определения легкой, спокойной и безболезненной естественной смерти. Среди представителей медицинского сообщества и философской науки в России явление эвтаназии обсуждается уже на протяжении трех десятилетий, однако лишь в начале XXI в. данный термин начинает звучать в средствах массовой информации.

В зарубежной литературе эвтаназия — практика, проводимая врачом, которая намеренно заканчивает жизнь страдающего неизлечимо больного человека по его осознанной просьбе [14].

Согласно ст. 45 «Запрет эвтаназии» Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ), эвтаназия — это «ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» [15].

По данным литературы, сегодня выделяют следующие виды эвтаназии: активная и пассивная, добровольная и недобровольная, прямая и непрямая (табл. 1).

В настоящее время в мире сложились две антагонистические точки зрения на данную проблему: либеральная и консервативная (табл. 2).

Отношение общественности к проблеме эвтаназии во всех странах мира достаточно противоречиво. Исследование межнациональных различий в отношении принятия эвтаназии с участием 41 125 респондентов из 33 европейских стран показало, что основными факторами, способствующими наиболее активному принятию эвтаназии, являются религиозный (менее религиозные люди в большей степени поддерживают необходимость принятия эвтаназии), социально-демографический (более молодые когорты и люди с более высоким уровнем образования, как правило, имеют более высокую степень принятия эвтаназии), моральных ценностей (пропагандируемая в обществе вера в право на самоопределение

Таблица 1

Виды эвтаназии	
Вид эвтаназии	Особенность вида
Активная	Обязательное наличие действия со стороны врача, которое привело к смерти пациента («метод наполненного шприца»)
Пассивная	Неоказание врачом необходимой для поддержания жизни медицинской помощи или ее прекращение («метод отложенного шприца»)
Добровольная	Обязательное наличие осознанной и добровольной просьбы дееспособного пациента об осуществлении эвтаназии
Недобровольная	Осуществление эвтаназии по просьбе родственников или опекунов больного при невозможности выражения воли самого пациента в результате его недееспособности или состояния угнетенного сознания
Прямая	Наличие очевидной прямой связи между действиями врача и фактом наступления смерти пациента
Непрямая	Невозможность четко связать наступление летального исхода с действиями или бездействием врача

Таблица 2

Общечеловеческие подходы к эвтаназии		
Подход к эвтаназии	Характеристика подхода	Аргументы в защиту подхода
Либеральный	Признание права больного на «достойную смерть», поддержка легализации эвтаназии	1. Человек имеет право распоряжаться своей жизнью, так как имеет право на нее. 2. Отказ от эвтаназии может рассматриваться как унижение достоинства человека, применение пыток и насилия по отношению к нему. 3. Добровольное, осознанное и обдуманное решение больного или членов его семьи. 4. Экономическая неэффективность поддержания жизни обреченного на смерть мучительно страдающего пациента. 5. Фактическое присутствие эвтаназии в клинической практике вне зависимости от законодательного решения. 6. Снятие ответственности, моральной и экономической нагрузки с членов семьи больного. 7. Возможность в ряде случаев удовлетворения потребности в донорских тканях и органах за счет подвергнувшегося эвтаназии пациента.
Консервативный	Недопустимость проведения эвтаназии как средства врачебного преступления	1. Жизнь как высшее благо, несмотря на ее качество. 2. Противоречие медицинской этике, так как основная цель врача — защита жизни и здоровья человека. 3. Противоречие религиозным принципам. 4. Риск злоупотребления правами со стороны родственников больного. 5. Принятие решения пациентом в состоянии депрессии или под влиянием негативных эмоциональных переживаний. 6. Замедление развития методик паллиативной и симптоматической помощи. 7. Отсутствие четких критериев неизлечимости пациента и невыносимости его страданий. 8. Риск злоупотребления и пренебрежения служебными обязанностями со стороны медицинского персонала. 9. Возможность диагностической ошибки.

способствует более позитивной оценке эвтаназии), национальных традиций и истории [16].

В рамках данного исследования согласие с необходимостью легализации эвтаназии оценивалось по шкале от 1 до 10 баллов. В результате в разных европейских странах эвтаназия принималась по-разному. Средние баллы варьировали от 6,68 в Нидерландах до 2,23 на Мальте. Италия продемонстрировала средний балл на уровне 3,86, Португалия — 3,50, Польша — 3,37, Ирландия — 3,31, Румыния — 3,29, Турция — 2,78. Отношение населения к эвтаназии более позитивно в Нидерландах (6,68), Дании (6,61), Франции (6,16), Швеции (6,07) и Бельгии (5,97). Колеблущееся положение при ответе на вопрос об оправданности эвтаназии у неизлечимо больных заняли 14% респондентов из Литвы и Румынии, 13% — из Болгарии и Украины, 12% — из России и Эстонии. В России 28,5% считали эвтаназию почти всегда оправданной (9 или 10 баллов), а 28,4% имели строго противоположную точку зрения (1 или 2 балла). Аналогичная картина сложилась в Латвии (26,5 против 34,5%) и Украине (26,2 против 35,5%). В итоге во всех исследуемых 33 европейских странах средний балл за принятие эвтаназии по шкале от 1 до 10 был равен 4,71 [16].

В 2015 г. опубликованы результаты исследования с участием 8099 граждан Великобритании, согласно которым на вопрос «Предположим, у человека болезненное неизлечимое заболевание. Как вы думаете, должна ли быть положена законом возможность врачам закончить жизнь пациента, если он сам об этом просит?» в 1983 г. положительно ответили 76,95% человек, в 2005 г. — 81,90%, в 2012 г. — 83,86%. При этом авторы отмечают, что основным фактором, значимо влияющим на отношение людей к эвтаназии, является степень их религиозности [17].

Среди представителей медицинского сообщества взгляды на легализацию эвтаназии и участие в проведении данной процедуры также неоднозначны. В 2011 г. были опубликованы результаты исследования по изучению отношения бельгийских врачей к самой процедуре эвтаназии и закону о ней, а также выявлению факторов, способствующих участию врача в проведении эвтаназии. В исследовании приняли участие 914 врачей, которые в силу своих специальностей участвуют в терапии умирающих пациентов. Среди респондентов 64% были мужского пола, 62% — врачи общей практики, 61% имели более чем 20-летний опыт работы врачом, 48% прошли обучение по оказанию паллиативной помощи.

В результате 90,4% врачей допускали осуществление эвтаназии у терминальных больных с выраженным неконтролируемым болевым синдромом, 75,2% специалистов указали, что эвтаназию можно считать частью правильной помощи умирающему пациенту, 59,8% убеждены, что в случае неспособности неизлечимого пациента выразить свою волю врач и ухаживающий персонал должны быть в состоянии организовать возможность проведения эвтаназии, 51,6%

врачей отметили, что предпочли бы проводить непрерывную глубокую (терминальную) седацию по требованию пациента, нежели акт эвтаназии.

Помимо этого, 67,5% респондентов посчитали необходимым наличие общественного контроля за проведением эвтаназии, 65,8% согласились с тем, что закон об эвтаназии способствует более осторожному поведению врачей, работающих с терминальными больными, 10,1% — с тем, что закон препятствует развитию паллиативной помощи. При этом дополнительное обучение врачей оказанию паллиативных медицинских услуг способствовало снижению распространенности мнения о негативном влиянии закона об эвтаназии на ее предоставление.

Среди опрошенных врачей 19,7% участвовали в осуществлении эвтаназии, среди них преобладали нерелигиозные специалисты, врачи старшего возраста, сотрудники, прошедшие обучение оказанию паллиативных медицинских услуг, а также врачи, ухаживающие за пациентом в течение 12 мес и более [18].

По результатам опроса, проведенного в 2018 г. среди 207 врачей, участвующих в оказании паллиативной помощи онкологическим больным в Италии, средний возраст которых составил 48 лет, в пользу эвтаназии и ассистированного самоубийства неизлечимых страдающих больных высказались 36,2 и 35,9% респондентов соответственно. При этом о факте личной практики эвтаназии сообщили 28,9% врачей, ассистированного самоубийства — 30,4%. Также отмечено, что работа в хосписе или уход за пациентами на дому являются статистически значимыми факторами поддержки эвтаназии ($p < 0,0001$), а специализация врача и опыт его работы не влияют на уровень приемлемости данных способов окончания жизни. Более склонными к поддержке эвтаназии оказались молодые врачи, специалисты, проживающие в северном макрорегионе страны, атеисты [19].

В 2016 г. было изучено отношение 587 голландских медицинских сестер к вопросам об участии в принятии решения об эвтаназии и степени их реального вклада в осуществление вышеуказанного процесса. По данным исследования, 69% респондентов были согласны с утверждением, что врач должен обсуждать вопрос о проведении эвтаназии с медицинскими сестрами, регулярно пребывающими в контакте с пациентом, 83% убеждены в необходимости обсуждения с ними решения о применении обезболивающих лекарственных препаратов в смертельных дозах, 46% утверждали, что пациент, вероятнее всего, обратится именно к медицинской сестре с просьбой о проведении эвтаназии.

При этом 43% медицинских сестер согласны с утверждением, что большинство из них знают, какие действия им разрешено выполнять в процессе эвтаназии, а 7% ошибочно полагают, что могут выполнять введение смертельных препаратов больному самостоятельно. Ответили отрицательно на вопрос о готовности вводить лекарственные препараты больным в смертельных дозах 33% медицинских сестер,

Здоровье и общество

26% затруднились ответить, 41% дали положительный ответ. Указали, что в случае проведения эвтаназии задача медсестры ограничивается осуществлением ухода за пациентом и психологической поддержки родственников, 67% опрошенных.

В отношении опыта участия в проведении данных процедур 24% медицинских сестер указали, что хотя бы раз они были привлечены к процессу принятия решения об осуществлении эвтаназии, 38% отметили, что являлись первым лицом, с которым пациент обсуждал вопрос об эвтаназии, 7% указали, что хотя бы раз помогали врачу во время проведения процедуры, 10% присутствовали во время эвтаназии с целью оказания моральной поддержки родственникам, 3% респондентов указали, что когда-либо участвовали в подготовке необходимых лекарственных препаратов для осуществления эвтаназии, 2% открывали клапан капельницы [20].

В Греции, где вопрос об эвтаназии законодательно не регламентирован, допустимость выполнения активной эвтаназии одобряют 28% врачей и 26% медицинских сестер отделений реанимации и интенсивной терапии. В отношении пассивной эвтаназии положительно высказались 82% врачей и 73% медицинских сестер. Чаще всего от поддержки активной эвтаназии отказывались православные граждане и представители женского пола.

На вопрос о наличии просьб со стороны пациентов о выполнении активной эвтаназии положительно ответили 38% врачей и 18% медсестер, о серьезном рассмотрении данного вопроса в случае его легализации заявили 20 и 10% медицинских работников соответственно. Большинство врачей и медицинских сестер (82 и 77% соответственно) считают, что решение об эвтаназии должно приниматься совместно пациентом, его родственниками и специалистами системы здравоохранения [21].

В 2018 г. исследователями было продемонстрировано наличие значительной потребности среди онкологических больных Бельгии в получении дополнительной информации о течении их болезни, вариантах лечения, паллиативной помощи и эвтаназии. В исследовании приняли участие 620 пациентов, из которых 66% заявили, что были в достаточной мере информированы врачом о течении их болезни, вариантах и эффективности лечения и его побочных эффектах, 44,7 и 45,3% пациентов владели информацией о возможностях паллиативной помощи и эвтаназии соответственно. При этом 14,8 и 14% пациентов вне зависимости от их пола и возраста хотели бы получить дополнительные сведения по проблемам паллиативной помощи и эвтаназии, 27,6 и 26,1% — о течении болезни, вариантах лечения и его нежелательных явлениях. В итоге 82,1% больных были дополнительно информированы о течении их болезни, 83,6% — о лечении и побочных эффектах, но только 11,5 и 6,3% — о паллиативной помощи и эвтаназии соответственно. Таким образом, в данном исследовании продемонстрированы высокая степень заинтересованности больных данными темами и факт необходимости расширения возможностей предостав-

ления пациентам информации по вопросам паллиативного сопровождения и эвтаназии со стороны врачей [22].

Эвтаназия в Российской Федерации

В Российской Федерации эвтаназия законодательно запрещена. Однако при глубоком рассмотрении вопроса в нормативной правовой базе Российской Федерации выявляется множество противоречивых и широко не обозначенных моментов [23].

Запрет эвтаназии закреплен в ст. 45 Федерального закона № 323-ФЗ [15]. Данное положение поддерживается ст. 105 Уголовного кодекса Российской Федерации, согласно которой активная эвтаназия приравнивается к убийству (умышленному причинению смерти другому человеку) [24].

В ст. 20 Конституции Российской Федерации утвержден общепризнанный принцип признания жизни человека наивысшей социальной ценностью, однако уже в ст. 21 данного документа отмечено, что достоинство каждой личности охраняется государством, препятствующим подверганию человека «пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению», к которым можно отнести постоянные выраженные некомпенсированные страдания неизлечимо больного пациента [25].

В связи с регламентацией автономии пациента и его возможностью отказаться от какого-либо вида медицинской помощи либо прекратить его осуществление, основанных на ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ, пациент, казалось бы, имеет законное право на осуществление добровольной пассивной эвтаназии, однако согласно ст. 125 Уголовного кодекса Российской Федерации «заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии... в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние, наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо принудительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года».

Уголовная ответственность за осуществление пассивной эвтаназии (неоказания помощи больному лицом, обязанным ее оказать, если это привело к смерти больного) также предусмотрена в части 2 ст. 124 Уголовного кодекса Российской Федерации. Более того, согласно ст. 293 того же нормативного правового документа пассивная эвтаназия может быть приравнена к халатности [24].

Действия или поведение врача, повлекшие смерть его пациента, в ряде случаев могут подпадать и под ст. 110 Уголовного кодекса Российской Федерации, предусматривающую уголовное наказание за

«доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего» [24].

Международный опыт внедрения эвтаназии

Сегодня лишь небольшое число стран легализовало активную эвтаназию и близкий ей по механизмам осуществления ассистированный суицид (табл. 3). Принятие пассивной формы данной процедуры происходит в более широком диапазоне стран [26, 27].

Активная эвтаназия проводится лишь при наличии жестких условий. Согласно закону «Об окончании жизни по просьбе или о содействии самоубийству» (2002 г., Нидерланды), критериями применения эвтаназии или ассистированного суицида являются:

- наличие добровольного и обдуманного решения дееспособного пациента старше 12 лет, зафиксированного в письменной форме;
- убежденность врача в неизлечимости болезни;
- наличие выраженных физических страданий пациента, не поддающихся контролю известными способами;
- полноценная информированность больного и осознание им собственного состояния и прогноза болезни;
- исчерпанность всевозможных методов лечения;
- поддержка возможности выполнения эвтаназии вторым независимым специалистом;
- осуществление эвтаназии возможно лишь врачом [28].

В 2005 г. в Нидерландах был принят «Гронингский протокол неонатальной эвтаназии», позволяющий проводить данную процедуру неизлечимо больным новорожденным. В качестве условий выполнения эвтаназии в данном случае были описаны наличие неизлечимого неминусемо приводящего к смерти заболевания, приносящего ребенку невыносимые страдания, согласие с необходимостью выполнения эвтаназии второго стороннего специалиста, наличие информированного добровольного согласия обоих родителей [29].

Т а б л и ц а 3

Международный опыт внедрения эвтаназии и ассистированного суицида

Способ ухода из жизни	Практикующая страна
Активная, пассивная эвтаназия, ассистированный суицид	Колумбия (1997), Нидерланды (2002 + неонатальная 2005), Бельгия (2002 + детская 2014), Люксембург (2009)
Только ассистированный суицид	США: штаты Орегон (1994), Вашингтон (2008), Вермонт (2013), Калифорния (2015), — Албания (1999), Канада (2016), Бельгия, Нидерланды, Люксембург, Германия, Швейцария
Только пассивная эвтаназия	Франция (2005), Израиль (2005), Швеция (2010), Колумбия (2012), Норвегия, Дания, Венгрия, Испания, Австрия, Италия, Япония, Индия

П р и м е ч а н и е. В скобках — год.

Голландцы предложили три категории новорожденных, по отношению к которым эвтаназия может быть оправдана: дети без шансов на выживание, несмотря на максимально выполняемое паллиативное лечение, младенцы, которые могут выжить на аппаратах для жизнеобеспечения, но умрут вскоре после их отключения, и дети, которые могут выжить в долгосрочной перспективе, однако качество их жизни настолько низкое, что в данный период они испытывают невыносимые страдания [30]. При этом за 5-летний период, последовавший за утверждением данного протокола, число случаев неонатальной эвтаназии уменьшилось с 15 до двух. В двух случаях эвтаназия была проведена детям с тяжелой формой эпидермолиза и ни разу не применялась по причине врожденных пороков развития [31].

В 2013 г. Нидерландской педиатрической ассоциацией было выпущено руководство по детской паллиативной помощи, согласно которому проведение эвтаназии допускалось в качестве метода отчаяния, когда все остальные методы паллиативного воздействия исчерпаны, при условии осознанной и добровольной просьбы родителей об этом [32].

Бельгийский «Закон об эвтаназии» 2002 г. обязывает специалистов, получивших запрос на проведение процедуры, в полной мере проинформировать пациента о его состоянии на данный период, возможностях современных методов паллиативной помощи при данной патологии, статистических данных о выживаемости таких больных [33].

В Бельгии условиями для проведения эвтаназии являются:

- убежденность в том, что просьба пациента об эвтаназии не вызвана наличием интенсивного болевого синдрома, в связи с чем пациенту должна быть оказана качественная паллиативная и симптоматическая помощь;
- лечащий врач обязан проконсультироваться со сторонним независимым от пациента и врача компетентным специалистом для подтверждения факта наличия неизлечимого заболевания и невыносимых физических или психоэмоциональных страданий;
- выполняющий эвтаназию врач должен заполнить специальную форму и отправить ее в течение 4 рабочих дней в созданный Комитет для регистрации случая эвтаназии [34].

Бельгийский «Закон об эвтаназии» также устанавливает, что данную процедуру могут осуществлять только врачи, обладающие необходимыми знаниями в области правового регулирования эвтаназии [35]. Однако на 2010 г. 48% медсестер Фландрии (административный регион Бельгии) участвовали в подготовке лекарственного препарата для проведения эвтаназии, 56% присутствовали во время его введения и 45% самостоятельно вводили препараты по просьбе врача [36].

В течение следующего года после введения в Бельгии «Закона об эвтаназии» врачами и психологами, имеющими опыт оказания паллиативных медицинских услуг, совместно с Ассоциацией «Right to

Здоровье и общество

Die With Dignity» был создан специальный неправительственный сервис — Life End Information Forum (LEIF), основной целью которого было информирование врачей о правилах и условиях проведения эвтаназии, а также предоставление сведений для специалистов, выступающих в качестве независимых консультантов по вопросам эвтаназии [13].

В 2014 г. в Бельгии была законодательно одобрена возможность доступа к процедуре эвтаназии пациентам всех возрастов (для несовершеннолетних — при условии согласия родителей и в ситуации, когда смерть ребенка ожидается в ближайшем будущем) [37].

Согласно законодательству Люксембурга для проведения эвтаназии необходимо предоставление от смертельно больного пациента заявления о просьбе проведения процедуры, а также одобрение рациональности осуществления эвтаназии двумя врачами [38].

В нескольких штатах США законодательно легализован ассистированный суицид. Согласно акту «Смерть с достоинством» (штат Вашингтон), данный вид помощи может быть оказан только совершеннолетнему пациенту, резиденту данного штата, вероятная продолжительность жизни которого не превышает полугод, по мнению экспертов, при наличии двукратного устного запроса больного, сделанного с промежутком в две недели, и письменного заявления, данного в присутствии двух независимых свидетелей [38].

Примером законодательного разрешения пассивной эвтаназии является Израиль, где в 2005 г. принят закон о предоставлении неизлечимым пациентам в возрасте старше 18 лет, болезнь которых не поддается лечению современными способами и предполагаемая продолжительность жизни которых составляет не более 6 мес, права отказаться от реанимационных мероприятий по продлению жизни посредством отключения аппаратов искусственного поддержания жизнедеятельности [38].

Риски легализации эвтаназии

С 2002 г. в Бельгии была создана Федеральная контрольно-оценочная комиссия по контролю за соблюдением правил проведения эвтаназии, по данным которой, число зарегистрированных случаев эвтаназии возросло с 0,23% от всех смертей в 2002 г. до 0,49% в 2007 г. При этом были сформулированы основные опасения, связанные с проведением эвтаназии:

- размывание ответственности врачей и передача этапов проведения процедуры среднему медицинскому персоналу;
- незнание или недостаточное понимание основ действующего законодательства;
- упрощение процедуры и формализация проведения консультаций с независимыми экспертами;
- нарушение требований отчетности при проведении эвтаназии;

- осуществление нелегальной трансплантации органов пациентов, прошедших эвтаназию [14].

По данным исследования, проведенного в 2011 г., в 35% случаев осуществления эвтаназии врачам не удавалось проконсультироваться с независимым специалистом. В 23% консультаций мнения специалистов расходились, так как консультант в 26% случаев не признал страдания пациента невыносимыми, в 31% не посчитал состояние пациента безнадежным с медицинской точки зрения, а в 26% отмечал не исчерпанность вариантов паллиативного лечения [39].

Основными причинами отказа от получения второго мнения специалиста были:

- уверенность в необходимости проведения эвтаназии;
- не подпадание данного случая под положения закона об эвтаназии;
- обременительность и бесполезность проведения консультации.

Кроме того, в $\frac{1}{3}$ случаев проведения данной процедуры не соблюдается правило независимости специалиста-консультанта от обратившегося врача или пациента [40].

Наиболее сложно оцениваемым условием выполнения эвтаназии для врачей является наличие невыносимого страдания пациента, недооценка которого является наиболее частой причиной отказа в просьбе об эвтаназии. Это связано с тем, что врачи уделяют больше внимания физическим страданиям пациента, в то время как переживания больных, связанные с необратимыми функциональными нарушениями, изменением положения в обществе и семье, в большинстве своем не воспринимаются серьезно [41].

Не менее важной проблемой в странах, легализовавших эвтаназию, является осуществление грамотного выбора препаратов для выполнения «смертельной инъекции», которые не будут способствовать пролонгированию или усилению страданий пациента. С конца XX в. в Бельгии отмечен значительный рост случаев эвтаназии: 25 (1,2% всех смертей) в 1998 г., 142 (2%) в 2007 г., 349 (4,6%) в 2013 г. Применение рекомендованных препаратов для выполнения эвтаназии также увеличилось с 11,9% в 1998 г. до 55,3% в 2007 г. и 66,8% в 2013 г. К ним относятся барбитураты в сочетании с миорелаксантами или другими группами лекарственных средств, на долю которых в 2013 г. приходилось 59,8% всех назначений для данных целей. Однако частота использования рекомендованных препаратов в том же году (группы бензодиазепинов, опиоидов) составила 33,2% [42].

Еще одним направлением для злоупотреблений, связанным с проведением эвтаназии и, одновременно, обладающим положительным социальным эффектом, является возможность трансплантации органов от подвергшихся эвтаназии пациентов [43].

В 2008 г. в Бельгии из 705 человек, умерших в результате проведения эвтаназии, у 20% причиной запроса на данную процедуру послужило наличие

нервно-мышечного расстройства на фоне удовлетворительного состояния других органов и систем [44].

В литературе описаны 4 случая донорства органов после выполнения эвтаназии пациентам в Бельгии за период 2005—2007 гг. Больные в возрасте 43—50 лет, страдавшие неизлечимыми неврологическими расстройствами, выразили желание стать донорами органов после проведения эвтаназии. Процедура была проведена в операционной с участием трех независимых врачей. После констатации клинической смерти был произведен забор органов: печени, обеих почек, ткани поджелудочной железы, легких [45]. За период 2007—2009 гг. 23,5% случаев трансплантации легких (2,8% случаев всех трансплантаций после клинической смерти) осуществлялись с пересадкой органов, полученных у пациентов, подвергшихся эвтаназии. Авторы отмечают наличие удовлетворительной функции трансплантата после процедуры, а также показателей общей 1- и 3-летней выживаемости пациентов, равных 75% [46].

Заключение

Сложившееся в мировом сообществе биполярное отношение к проблеме эвтаназии демонстрирует важность данного вопроса. Эвтаназия является той областью, где встречаются интересы личности и общества, этики и эмоциональности, логики и религии, морали и злоупотребления.

Безусловно, единого правильного и универсального решения данного вопроса для всех стран мира не существует. Степень принятия методов намеренного и целенаправленного приближения смерти различна в разных странах и даже регионах внутри одной страны. Поддержка или отказ от данной практики зависят от степени религиозной приверженности граждан, социально-демографических и экономических показателей страны, моральных ценностей и менталитета населения, национальных традиций и истории.

В странах, легализовавших эвтаназию, имеется полное понимание множества рисков ее внедрения. Для минимизации возможности злоупотребления данной процедурой устанавливаются жесткие законодательные условия и порядки выполнения эвтаназии, ведется строгий учет случаев и анализ их справедливости.

Нерегламентированность вопроса эвтаназии и ее строгий законодательный запрет во многих странах говорят о неспособности общества на настоящем уровне его развития взять на себя всю ответственность за принятие решения о жизни или смерти тяжелобольных и неизлечимых пациентов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попова С. М., Яник А. А. Проблемы глобального старения населения: анализ документов и стратегии ООН. *Международное право и международные организации*. 2014;(3):429—43. doi: 10.7256/2226-6305.2014.3.12857
2. Доклад о ситуации в области инфекционных заболеваний в мире «Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность». Женева: ВОЗ, 2014. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/6/WHO_NMH_NVI_15.1_rus.pdf (дата обращения 06.05.2019).
3. How many people are in need of palliative care worldwide? In: *Global atlas of palliative care at the end of life*. Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. Режим доступа: <https://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf> (дата обращения 06.05.2019).
4. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В., ред. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018.
5. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017 год. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_ru.pdf?ua=1 (дата обращения 06.05.2019).
6. Ладная Н. Н., Покровский В. В., Деметьева Л. А., Симашев Т. И., Липина Е. С., Юрин О. Г. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2015 году. В сб.: *Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции»*. Материалы конференции. СПб.: Издательство «Человек и его здоровье»; 2016.
7. Ашенова Г. Ж., Галкин В. Б., Загдын З. М., Зырянова О. Г., Комкова М. А., Кононенко Ю. С. ТБ/ВИЧ в Российской Федерации. Эпидемиология, особенности клинических проявлений и результаты лечения. Под ред. С. А. Стерликова. М.: РИО ЦНИИОИЗ; 2018. 67 с.
8. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. М.: Р. Валент; 2014. Режим доступа: <https://www.rcpcf.ru/wp-content/uploads/2014/10/Стандарты-паллиативной-помощи-финальное.pdf> (дата обращения 06.05.2019).
9. Международный комитет по контролю над наркотиками. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками о наличии психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2011. Режим доступа: https://www.un.org/ru/development/surveys/docs/incb2010_supp.pdf (дата обращения 06.05.2019).
10. Lynch T., Connor S., Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J. Pain Symptom Manag.* 2013;45(6):1094—106. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011
11. Bernheim J. L., Deschepper R., Distelmans W., Mullie A. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: Antagonism or synergy? *BMJ*. 2008;336:864—7. doi: 10.1136/bmj.39497.397257.AD
12. Abarshi E., Ehteld M. A., Van den Block L., Donker G., Bossuyt N., Meeussen K., Bilsen J., Onwuteaka-Philipsen Br., Deliens L. Use of palliative care services and general practitioner visits at the end of life in The Netherlands and Belgium. *J. Pain Symptom Manag.* 2011;41(2):436—48. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.016
13. Van Wesemael Y., Cohen J., Bilsen J., Smets T., Onwuteaka-Philipsen Br., Distelmans W., Deliens L. Implementation of a service for physicians' consultation and information in euthanasia requests in Belgium. *Health Policy*. 2012;104(3):272—8. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.12.001
14. Cohen-Almagor R. First do no harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium. *Int. J. Law Psychiatry*. 2013;36:515—21. doi: 10.1016/j.ijl.2013.06.014
15. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/57499516/> (дата обращения 06.05.2019).
16. Cohen J., Marcoux I., Bilsen J., Deboosere P., van der Wal G., Deliens L. European public acceptance of euthanasia: sociodemographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Soc. Sci. Med.* 2006;63(3):743—56. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.01.026
17. Danyliv A., O'Neill C. Attitudes towards legalising physician provided euthanasia in Britain: The role of religion over time. *Soc. Sci. Med.* 2015;128:52—6. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.12.030
18. Smets T., Cohen J., Bilsen J., Van Wesemael Y., Rurup M. L., Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the Euthanasia law. *J. Pain Symptom Manag.* 2011;41(3):580—92. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.015

Здоровье и общество

19. Mercadante S., Masedu Fr., Degan G., Aielli F. Physicians attitudes toward euthanasia and assisted suicide in Italy. *J. Pain Symptom Manag.* 2018;56(6):e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.09.007
20. Francke A. L., Albers G., Bilsen J., de Veer A. J. E., Onwuteaka-Philipsen B. D. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Educat. Counsel.* 2016;99:783—9. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.008
21. Kranidiotis G., Ropa J., Mprianas J., Kyprianou Th., Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart Lung.* 2015;44:260—3. doi: 10.1016/j.hrtlung.2015.03.001
22. Beernaert K., Haverbeke C., Van Belle S., Deliens L., Cohen J. Information needs about palliative care and euthanasia: A survey of patients in different phases of their cancer trajectory. *Patient Educat. Counsel.* 2018;101:132—8. doi: 10.1016/j.pec.2017.06.034
23. Гуря О. Р. Проблема общественного отношения к эвтаназии. *Science Time.* 2015;1(13). Режим доступа: <https://docplayer.ru/37169716-Problema-evtanazii-za-i-protiv-gura-o-r-yuzhnyy-federalnyy-universitet.html> (дата обращения 06.05.2019).
24. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 23.04.2019). Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения 06.05.2019).
25. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 06.05.2019).
26. Шевченко П. Д. Эвтаназия: правовые и этические аспекты. *Всероссийский научно-практический журнал «История, философия, экономика и право».* 2016;(2). Режим доступа: <http://ифэп.рф/2-2016/2.pdf> (дата обращения 06.05.2019).
27. Манчева П., Великова В., Джорджанова А., Березин М. К вопросу о легализации эвтаназии: ситуация в мире, республике Болгария (стране — члене Европейского союза) и в Российской Федерации — реальность, проблемы и перспективы. *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология».* 2015;8(3):87—97.
28. Cohen-Almagor R. Euthanasia in the Netherlands. Dordrecht — Boston — London: Kluwer Academic Publishers; 2004.
29. Verhagen E., Sauer P. J. The Groningen protocol — euthanasia in severely ill newborns. *N. Engl. J. Med.* 2005;352:959—62. doi: 10.1056/nejmp058026
30. Kon A. A. Neonatal Euthanasia. *Elsevier Inc. Semin Perinatol.* 2009;33:377—83. doi: 10.1053/j.semperi.2009.07.005
31. Verhagen A. A. The Groningen Protocol for newborn euthanasia; which way did the slippery slope tilt? *J. Med. Ethics.* 2013;39:293—5. doi: 10.1136/medethics-2013-101402
32. Van Loghum B. S. Eerste richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen. *Bi-jzijn XL.* 2013;6(8):5. doi: 10.1007/s12632-013-0094-2
33. Cohen-Almagor R. Euthanasia policy and practice in Belgium: Critical observations and suggestions for improvement. *Issues Law Med.* 2009;24(3):187—218.
34. Broeckaert B., Gielen J., Van Iersel T., Van Den Branden S. The attitude of Flemish palliative care physicians to euthanasia and assisted suicide. *Ethic. Perspect.* 2009;16(3):311—35. doi: 10.2143/ep.16.3.2042717
35. Dierckx de Casterlé B., Verpoort C., De Bal N., Gastmans C. Nurses views on their involvement in euthanasia: A qualitative study in Flanders (Belgium). *J. Med. Ethics.* 2006;32:187—92. doi: 10.1136/jme.2005.011783
36. Inghelbrecht E., Bilsen J., Mortier F., Deliens L. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Can. Med. Assoc. J.* 2010;182(9):905—10. doi: 10.1503/cmaj.091881
37. Narayan C. First Child Dies by Euthanasia in Belgium. CNN. September 17, 2016. Режим доступа: <http://www.cnn.com/2016/09/17/health/belgium-minor-euthanasia/> (дата обращения 06.05.2019).
38. Ахметшин Р. Э., Ким Е. В. Зарубежный опыт легализации эвтаназии. *Ученые заметки ТОГУ.* 2013;4(4):2069—75. Режим доступа: http://pnu.edu.ru/media/ejournal/articles-2014/TGU_4_368.pdf (дата обращения 06.05.2019).
39. Van Wesemael Y., Cohen J., Bilsen J., Smets T., Onwuteaka-Philipsen B., Deliens L. Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: A nationwide survey. *J. Pain Symptom Manag.* 2011;42:721—33. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.011
40. Smets T., Bilsen J., Van den Block L., Cohen J., Van Casteren V., Deliens L. Euthanasia in patients dying at home in Belgium: Interview study on adherence to legal safeguards. *Brit. J. General Pract.* 2010;60(573):163—70. doi: 10.3399/bjgp10x483940
41. Barend W. Florijn Extending' euthanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death. *Health Policy.* 2018;122:315—9. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.007
42. Dierckx S., Cohen J., Vander Stichele R., Deliens L., Chambaere K. Drugs used for euthanasia: a repeated population-based mortality follow-back study in Flanders, Belgium, 1998—2013. *J. Pain Symptom Manag.* 2018;56(4):551—9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.06.015
43. Van Wijngaarden A. K. S., Van Westerloo D. J., Ringers J. Organ donation after euthanasia in the Netherlands: A case report. *Transplant. Proc.* 2016;48:3061—3. doi: 10.1016/j.transproceed.2016.02.066
44. Cook M. Belgian Doctors Harvest High Quality Organs From Euthanased Patients. 2011. Режим доступа: <http://www.mercator-net.com/careful/view/8598/> (дата обращения 06.05.2019).
45. Ysebaert D., Van Beeumen G., De Greef K., Squifflet J. P., Detry O., De Roover A., Delbouille M.-H., Van Donink W., Roeyen G., Chapelle T., Bosmans J.-L., Van Raemdonck D., Faymonville M. E., Laureys S., Lamy M., Cras P. Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. *Transplant. Proc.* 2009;41:585—6. doi: 10.1016/j.transproceed.2008.12.025
46. Van Raemdonck D., Verleden G. M., Dupont L., Ysebaert D. Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia. *Appl. Cardiopulmon. Pathophysiol.* 2011;15:38—48. doi: 10.1016/j.healun.2011.01.031

Поступила 04.03.2020
Принята в печать 21.05.2020

REFERENCES

1. Popova S. M., Yanik A. A. The problems of global population aging: an analysis of documents and strategy of the United Nations. *Mezhdunarodnoe pravo i mezhdunarodnye organizatsii.* 2014;(3):429—43. doi: 10.7256/2226-6305.2014.3.12857 (in Russian).
2. Report on the situation of noncommunicable diseases in the world «Achieving nine global NCD targets, shared responsibility». Geneva: WHO; 2014. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/6/WHO_NMH_NVI_15.1_rus.pdf (accessed 06.05.2019).
3. How many people are in need of palliative care worldwide? In: Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. Available at: <https://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf> (accessed 06.05.2019) (in Russian).
4. Kaprin A. D., Starinskij V. V., Petrova G. V. The state of cancer care in Russia in 2017 [Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2017 godu]. Moscow: P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute — Branch of the National Medical Radiology Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2018 (in Russian).
5. Report on the global fight against tuberculosis 2017. World Health Organization. (in Russian). Available at: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_ru.pdf?ua=1 (accessed 06.05.2019).
6. Ladnaya N. N., Pokrovskiy V. V., Dement'eva L. A., Simashev T. I., Lipina E. S., Yurin O. G. The development of the HIV epidemic in the Russian Federation in 2015. In: International Scientific and Practical Conference «Topical Issues of HIV Infection». Conference materials [Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Aktual'nye voprosy VICH-infektsii». Materialy konferentsii]. SPb.: Chelovek i ego zdorov'e; 2016 (in Russian).
7. Ashenova G. Zh., Galkin V. B., Zagdyn Z. M., Zyryanova O. G., Komkova M. A., Kononenko Yu. S. TB/HIV in the Russian Federation. Epidemiology, features of clinical manifestations and results of treatment [TB/VICH v Rossiyskoy Federatsii. Epidemiologiya, osobennosti klinicheskikh proyavleniy i rezul'taty lecheniya]. Ed. S. A. Sterlikov. Moscow: RIO TsNIOIZ; 2018 (in Russian).
8. Palliative care for adults and children: organization and vocational training. Collection of WHO and EAPC documents. [Palliativnaya pomoshch' v zroslym i detyam: organizatsiya i professional'noye obucheniye. Sbornik dokumentov VOZ i YEAPP]. Moscow: R. Valent; 2014. Available at: <https://www.rcpcf.ru/wp-content/uploads/2014/10/Стандарты-паллиативной-помощи-финальное.pdf> (accessed 06.05.2019) (in Russian).
9. International narcotics control Board. Report of the International narcotics control Board on the availability of internationally controlled psychoactive drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes. New York: United Nations; 2011. Available at: https://www.un.org/ru/development/surveys/docs/incb2010_supp.pdf (accessed 06.05.2019).

10. Lynch T., Connor S., Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J. Pain Symptom Manag.* 2013;45(6):1094—106. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011
11. Bernheim J. L., Deschepper R., Distelmans W., Mullie A. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: Antagonism or synergy? *BMJ.* 2008;336:864—7. doi: 10.1136/bmj.39497.397257.AD
12. Abarshi E., Ehteld M. A., Van den Block L., Donker G., Bossuyt N., Meeussen K., Bilsen J., Onwuteaka-Philipsen Br., Deliens L. Use of palliative care services and general practitioner visits at the end of life in The Netherlands and Belgium. *J. Pain Symptom Manag.* 2011;41(2):436—48. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.016
13. Van Wesemael Y., Cohen J., Bilsen J., Smets T., Onwuteaka-Philipsen Br., Distelmans W., Deliens L. Implementation of a service for physicians' consultation and information in euthanasia requests in Belgium. *Health Policy.* 2012;104(3):272—8. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.12.001
14. Cohen-Almagor R. First do no harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium. *Int. J. Law Psychiatry.* 2013;36:515—21. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.06.014
15. The Federal law of 21.11.2011 № 323-FZ (ed. from 06.03.2009) «About bases of protection of health of citizens in the Russian Federation». Available at: <https://base.garant.ru/57499516/> (accessed 06.05.2019) (in Russian).
16. Cohen J., Marcoux I., Bilsen J., Deboosere P., van der Wal G., Deliens L. European public acceptance of euthanasia: sociodemographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Soc. Sci. Med.* 2006;63(3):743—56. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.01.026
17. Danyliv A., O'Neill C. Attitudes towards legalising physician provided euthanasia in Britain: The role of religion over time. *Soc. Sci. Med.* 2015;128:52—6. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.12.030
18. Smets T., Cohen J., Bilsen J., Van Wesemael Y., Rurup M. L., Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the Euthanasia law. *J. Pain Symptom Manag.* 2011;41(3):580—92. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.015
19. Mercadante S., Masedu Fr., Degan G., Aielli F. Physicians attitudes toward euthanasia and assisted suicide in Italy. *J. Pain Symptom Manag.* 2018;56(6):e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.09.007
20. Francke A. L., Albers G., Bilsen J., de Veer A. J. E., Onwuteaka-Philipsen B. D. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Educat. Counsel.* 2016;99:783—9. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.008
21. Kranidiotis G., Ropa J., Mprianas J., Kyprianou Th., Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart Lung.* 2015;44:260—3. doi: 10.1016/j.hrtlung.2015.03.001
22. Beernaert K., Haverbeke C., Van Belle S., Deliens L., Cohen J. Information needs about palliative care and euthanasia: A survey of patients in different phases of their cancer trajectory. *Patient Educat. Counsel.* 2018;101:132—8. doi: 10.1016/j.pec.2017.06.034
23. Gura O. R. the Problem of public attitude to euthanasia. *Science Time.* 2015;1(13) Available at: <https://docplayer.ru/37169716-Problem-eva-nazii-za-i-protiv-gura-o-r-yuzhnyy-federalnyy-universitet.html> (accessed 06.05.2019) (in Russian).
24. «The criminal code of the Russian Federation» of 13.06.1996 N 63-FZ (edition of 23.04.2009). Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (accessed 06.05.2019) (in Russian).
25. «The Constitution of the Russian Federation» (adopted by popular vote 12.12.1993) (subject to amendments made by Laws of the Russian Federation on amendments to the Constitution of the Russian Federation of 30.12.2008 N 6-FKZ, of 30.12.2008 N 7-FKZ, of 05.02.2014 N 2-FKZ, of 21.07.2014 N 11-FKZ). [Constituciya Rossijskoi Federacii]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (accessed 06.05.2019) (in Russian).
26. Shevchenko P. D. Euthanasia: legal and ethical aspects. *Vserossiyskiy nauchno-prakticheskiy zhurnal «Istoriya, filosofiya, ekonomika i pravo».* 2016;(2). Available at: <http://ifep.pf/2-2016/2.pdf> (accessed 06.05.2019) (in Russian).
27. Mancheva P., Velikova V., Dzhozdzhanova A., Berebin M. On the issue of legalization of euthanasia: the situation in the world, the Republic of Bulgaria (member state of the European Union) and the Russian Federation — reality, problems and prospects. *Vestnik YuUrGU. Seriya «Psikhologiya».* 2015;8(3):87—97 (in Russian).
28. Cohen-Almagor R. Euthanasia in the Netherlands. Dordrecht — Boston — London: Kluwer Academic Publishers; 2004.
29. Verhagen E., Sauer P. J. The Groningen protocol — euthanasia in severely ill newborns. *N. Engl. J. Med.* 2005;352:959—62. doi: 10.1056/nejmp058026
30. Kon A. A. Neonatal Euthanasia. *Elsevier Inc. Semin Perinatol.* 2009;33:377—83. doi: 10.1053/j.semper.2009.07.005
31. Verhagen A. A. The Groningen Protocol for newborn euthanasia; which way did the slippery slope tilt? *J. Med. Ethics.* 2013;39:293—5. doi: 10.1136/medethics-2013-101402
32. Van Loghum B. S. Eerste richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen. *Bi-jzijn XL.* 2013;6(8):5. doi: 10.1007/s12632-013-0094-2
33. Cohen-Almagor R. Euthanasia policy and practice in Belgium: Critical observations and suggestions for improvement. *Issues Law Med.* 2009;24(3):187—218.
34. Broeckaert B., Gielen J., Van Iersel T., Van Den Branden S. The attitude of Flemish palliative care physicians to euthanasia and assisted suicide. *Ethic. Perspect.* 2009;16(3):311—35. doi: 10.2143/ep.16.3.2042717
35. Dierckx de Casterlé B., Verpoort C., De Bal N., Gastmans C. Nurses views on their involvement in euthanasia: A qualitative study in Flanders (Belgium). *J. Med. Ethics.* 2006;32:187—92. doi: 10.1136/jme.2005.011783
36. Inghelbrecht E., Bilsen J., Mortier F., Deliens L. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Can. Med. Assoc. J.* 2010;182(9):905—10. doi: 10.1503/cmaj.091881
37. Narayan C. First Child Dies by Euthanasia in Belgium. CNN. September 17, 2016. Available at: <http://www.cnn.com/2016/09/17/health/belgium-minor-euthanasia/> (accessed 06.05.2019).
38. Akhmetshin R. E., Kim E. V. Foreign experience of legalization of euthanasia. *Uchenye zametki TOGU.* 2013;4(4):2069—75. Available at: http://pnu.edu.ru/media/ejournal/articles-2014/TGU_4_368.pdf (accessed 06.05.2019) (in Russian).
39. Van Wesemael Y., Cohen J., Bilsen J., Smets T., Onwuteaka-Philipsen Br., Deliens L. Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: A nationwide survey. *J. Pain Symptom Manag.* 2011;42:721—33. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.011
40. Smets T., Bilsen J., Van den Block L., Cohen J., Van Casteren V., Deliens L. Euthanasia in patients dying at home in Belgium: Interview study on adherence to legal safeguards. *Brit. J. General Pract.* 2010;60(573):163—70. doi: 10.3399/bjgp10x4839400
41. Barend W. Florijn Extending' euthanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death. *Health Policy.* 2018;122:315—9. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.007
42. Dierckx S., Cohen J., Vander Stichele R., Deliens L., Chambaere K. Drugs used for euthanasia: a repeated population-based mortality follow-back study in Flanders, Belgium, 1998—2013. *J. Pain Symptom Manag.* 2018;56(4):551—9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.06.015
43. Van Wijngaarden A. K. S., Van Westerloo D. J., Ringers J. Organ donation after euthanasia in the Netherlands: A case report. *Transplant. Proc.* 2016;48:3061—3. doi: 10.1016/j.transproceed.2016.02.066
44. Cook M. Belgian Doctors Harvest High Quality Organs From Euthanased Patients. 2011. Available at: <http://www.mercatornet.com/careful/view/8598/> (accessed 06.05.2019).
45. Ysebaert D., Van Beeumen G., De Greef K., Squifflet J. P., Detry O., De Roover A., Delbouille M.-H., Van Donink W., Roeyen G., Chapelle T., Bosmans J.-L., Van Raemdonck D., Faymonville M. E., Laureys S., Lamy M., Cras P. Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. *Transplant. Proc.* 2009;41:585—6. doi: 10.1016/j.transproceed.2008.12.025
46. Van Raemdonck D., Verleden G. M., Dupont L., Ysebaert D. Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia. *Appl. Cardiopulmon. Pathophysiol.* 2011;15:38—48. doi: 10.1016/j.healun.2011.01.031