

© 2010 г. Ющенко Н.В.

**ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ ЭВТАНАЗИИ В РОССИИ:  
ФИЛОСОФСКО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ**

*Проводится хронология принятия законов и нормативно-правовых актов, касающихся принятия и отмены эвтаназии в истории уголовного права России. Рассматривается проблема ответственности за эвтаназию, влияние различных факторов на складывающуюся проблематику. Внимание обращено к этической и нравственной стороне рассмотрения сложившихся вопросов, при решении которых нужно найти правильное решение о разрешении, либо о запрещении эвтаназии.*

*Ключевые слова: право, этика, эвтаназия, гуманность.*

Эвтаназия, как способ медицинского решения проблемы смерти по российскому законодательству, в любом ее проявлении, рассматривается как правонарушение и преследуется со стороны закона. В ст. 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» [1] говорится о том, что медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Названная статья предусматривает, что лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, «несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации». Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву, текст которой закреплен в ст. 60 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». Будущие врачи торжественно клянутся «проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии». Факт дачи клятвы врача удостоверяется его личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе с указанием даты. В той же статье Основ говорится об ответственности врачей за нарушение данной ими клятвы. Однако законодательный запрет эвтаназии не снимает наличие активных

споров и широкого обсуждения ее этических и юридических проблем. Более того, международный опыт свидетельствует о том, что добровольная пассивная эвтаназия разрешена в ряде стран, а общественная поддержка ее осуществляется во многих европейских государствах.

Альтернативой эвтаназии являются хосписы, которые с 1990 г. функционируют и в России. В России на протяжении XIX-XX вв. неоднократно предпринимались попытки правового решения проблем эвтаназии. Российское дореволюционное уголовное законодательство не уравнивало умышленное убийство с убийством по согласию. В Уголовном Уложении 1903 г. (так и не вступившем в силу) закреплялось положение об уменьшенной ответственности за убийство, «учиненное по настоянию убитого и из чувства сострадания к нему» [2]. Позднее, в примечании к ст. 143 УК РСФСР 1922 г., содержалось положение о «неприступности убийства, совершенного из сострадания и по настойчивой просьбе потерпевшего». Однако на 4-й сессии ВЦИК IX созыва (в ноябре 1922 г.) докладчиком Н.В. Крыленко были приведены доводы, способствующие отмене данного примечания, суть которых сводилась к тому, что можно доказать факт настояния, но нельзя проверить наличие факта сострадания [3]. С таким предложением сессия ВЦИК согласилась. Данная статья была исключена, а в ст. 143 УК РСФСР 1922 г., карающей за умышленное убийство, было введено следующее замечание: «Убийство, совершенное по настоянию убитого из чувства сострадания, не карается». Однако это примечание просуществовало недолго. Состоявшаяся 11 ноября 1922 г. комиссия ВЦИК примечание к ст. 143 УК РСФСР исключила. И убийство, совершенное по мотиву сострадания, не стали относить даже к привилегированным видам убийства.

Попытка законодательного урегулирования рассматриваемого вопроса была предпринята также и разработчиками ныне действующего УК РФ. Ими предлагалась норма, предусматривающая ответственность за лишение жизни по волеизъявлению потерпевшего. В процессе подготовки нового УК РФ по инициативе профессора С.В. Бородина была предложена норма об ответственности за убийство из сострадания, совершенное при смягчающих обстоятельствах. Это предложение было поддержано другими юристами, в частности А.И. Коробеевым. Однако в окончательный текст УК, принятого в 1996 г. и введенного в действие с 1 января 1997 г. статья о лишении жизни по воле-

изъявлению потерпевшего не вошла [4]. В науке уголовного права России и зарубежных государств проблема эвтаназии нередко рассматривается с позиций более широкого понятия - согласия потерпевшего на причинение вреда. Российское уголовное право исходит из того, что такое согласие, по общему правилу, не должно рассматриваться в качестве обстоятельства, исключающего преступность деяния. Поэтому позиция действующего уголовного законодательства России относительно эвтаназии однозначна: это убийство - умышленное, неправомерное лишение жизни другого человека. Мотив сострадания, указанный в перечне смягчающих обстоятельств, предусмотренном в ст. 61 УК Российской Федерации, может быть учтен лишь при назначении наказания виновному лицу, но не при квалификации деяния. Убийство по мотиву сострадания квалифицируется по ч. 1 ст. 105 УК РФ, то есть как простое убийство [4].

Что касается склонения больного к эвтаназии, о котором говорится в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан», то ответственность за такие действия в УК РФ не предусмотрена. Под склонением больного к эвтаназии, на наш взгляд, следует понимать возбуждение в нем решимости уйти из жизни и обратиться с просьбой об эвтаназии к медицинскому работнику. Подобные действия нельзя рассматривать с позиций института соучастия или какого-либо другого уголовно-правового института. Даже если признать акт эвтаназии, формой самоубийства при помощи врача, то и в этом случае нельзя наказывать лицо, склонившее больного к эвтаназии. Склонение к самоубийству по российскому уголовному праву в отличие, например, от французского не образует преступного деяния. В УК РФ предусматривается лишь состав доведения до самоубийства (ст. 110), предполагающего определенный способ совершения: применение угроз, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства потерпевшего. Более того, в Уголовном кодексе РФ устанавливается специальная ответственность за неоказание помощи больному (статья 124), по которой и возможно привлечение медицинского работника, отказавшегося от проведения реанимационных мероприятий. Как уже указывалось, еще совсем недавно порог жизни и смерти определялся совсем иным моментом. Остановка деятельности сердца практически однозначно считалась концом человеческой жизни. В настоящее время наука продвинулась к тому, что при фактической смерти головного

мозга внешние функции организма могут поддерживаться специальными препаратами неопределенно долго.

Биологическая смерть определяется традиционно по пяти признакам:

1. полное отсутствие сознания и спонтанной активности;
2. полное исчезновение спонтанного дыхания даже при гиперкапнии (избыток углекислого газа в крови);
3. фиксированный, с отсутствием рефлексов двусторонний мидриаз, неподвижность глазных яблок;
4. исчезновение рефлексов от мозгового ствола;
5. ровная («нулевая») электроэнцефалограмма, то есть полное отсутствие электрического сигнала на двух записях в течение не менее шести часов [5].

Вышесказанное обуславливает необходимость юридического закрепления момента смерти человека. Следует отметить, что право выделяет именно момент смерти как юридическую фикцию, что нашло отражение у ряда авторов. «...Для права неприемлемо постепенное угасание личности человека, постепенная утрата его правоспособности, постепенное исчезновение его личных, лично-имущественных и имущественных прав. Поэтому юриспруденция не придерживается медицинских критериев, а создает для своих потребностей юридическую фикцию, которая отождествляет смерть с моментом» [6]. Одним из значимых документов в этой области следует признать Временную инструкцию для определения биологической смерти и условий, допускающих изъятие почки для трансплантации, утвержденную Приказом Министерства здравоохранения СССР от 23 марта 1977 г. № 255. Закон РСФСР «О здравоохранении» умалчивал о порядке констатации смерти человека [7]. Однако трансплантология ставила вопросы, на которые должны быть даны четкие ответы. Указанная Инструкция фиксировала, что одним из условий изъятия почки у трупа для трансплантации является истечение 30 минут после бесспорного установления биологической смерти, наступившей, несмотря на проведение всего комплекса реанимационных мероприятий в течение необходимого срока, и признания абсолютной бесперспективности дальнейшей реанимации.

Пункт 2 закреплял признаки биологической смерти, то есть состояния необратимой гибели организма как целого:

- а) остановка сердечной деятельности:
  - исчезновение пульса на крупных артериях;
  - отсутствие сокращений сердца по данным аускультации и прекращение биоэлектрической активности сердца по данным электрокардиографии;
- б) прекращение дыхания;
- в) исчезновение функций центральной нервной системы:
  - отсутствие спонтанных движений;
  - отсутствие реакции на звуковые, болевые проприоцептивные раздражения;
  - максимальное расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет;
  - отсутствие роговидных рефлексов;
  - отсутствие электрической активности мозга по данным электроэнцефалографии при максимальном усилении.

Констатации состояния смерти должно предшествовать применение полного комплекса реанимационных мероприятий, показанных данному больному.

В последующем Приказ Министерства здравоохранения СССР от 17 февраля 1987 г. № 236 «О дальнейшем развитии клинической трансплантологии в стране», утвердивший Инструкцию по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга, дополнил: «Решающим для констатации смерти является сочетание факта прекращения функций головного мозга с доказательствами необратимости этого прекращения» [7]. В 1993 г. была предпринята первая попытка законодательно урегулировать определение момента смерти. Основы законодательства об охране здоровья граждан в статье 46 фиксируют: «Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером). Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации». В Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [8] была включена ст. 9 «Определение момента смерти», в соответствии с которой органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего

головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приказом от 10 августа 1993 г. № 189 «О дальнейшем развитии и совершенствовании трансплантологической помощи населению Российской Федерации» Минздрав РФ утвердил Инструкцию по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга. Настоящим документом было подтверждено, что смерть мозга эквивалентна смерти человека. Смерть мозга есть полное и необратимое прекращение всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Решающим для констатации смерти мозга является сочетание факта прекращения функций всего головного мозга с доказательством необратимости этого прекращения. Право на установление диагноза смерти мозга дает наличие точной информации о причинах и механизмах развития этого состояния. В последующем в развитие законодательных положений Приказом Минздрава РФ и Российской Академии Медицинских Наук в апреле 2001 года была утверждена Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга [9]. Основные положения, характеризующие смерть как юридический факт, были сохранены из Инструкции 1993 года. Согласно Инструкции установление диагноза смерти мозга происходит в соответствии со специальной процедурой, включающей в себя перечень обязательных клинических критериев, наличие которых обязательно для установления диагноза смерти мозга, специальный субъект – коллегиальный орган, обладающий правом констатации смерти, процессуальный документ – протокол установления смерти мозга.

К критериям, наличие которых обязательно для установления диагноза смерти мозга, относятся:

1. Полное и устойчивое отсутствие сознания (кома);
2. Атония всех мышц;
3. Отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга;
4. Отсутствие реакции зрачков на прямой яркий свет. При этом должно быть известно, что никаких препаратов, расширяющих зрачки, не применялось. Глазные яблоки неподвижны;

5. Отсутствие корреальных рефлексов;
6. Отсутствие окулоцефалических рефлексов;
7. Отсутствие окуловестибулярных рефлексов;
8. Отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов, которые определяются путем движения эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении катетера в бронхах для аспирации секрета;
9. Отсутствие самостоятельного дыхания.

Диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей лечебно-профилактического учреждения, где находится больной, в составе: реаниматолога-анестезиолога с опытом работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет и невролога с таким же стажем работы по специальности. Для проведения специальных исследований в состав комиссии включаются специалисты по дополнительным методам исследований с опытом работы по специальности не менее 5 лет, в том числе и приглашаемые из других учреждений на консультативной основе. Назначение состава комиссии и утверждение протокола установления смерти мозга производится заведующим реанимационным отделением, где находится больной, а во время его отсутствия – ответственным дежурным врачом учреждения. Протокол установления смерти мозга имеет значение для прекращения реанимационных мероприятий и для изъятия органов. Это означает, что только при наличии данного процессуального документа происходит отказ от проведения медицинских процедур поддержания жизнедеятельности организма. Косвенно это еще раз подтверждает законодательный запрет на пассивную эвтаназию, поскольку не имеют юридического значения какие-либо заявления близких родственников, направленные на констатацию факта смерти больного. Гарантией недопущения злоупотреблений служит правило, что в диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею, а также неразглашение сведений о доноре и реципиенте [10].

Современная медицина ставит перед юриспруденцией качественно иные вопросы о порядке определения смерти человека. Научные достижения, вне всякого сомнения, должны учитываться при совершенствовании действующей

щих правовых актов, а медицина и юриспруденция не должны противопоставляться друг другу. Смерть не представляет собой какое-то статическое состояние, а является динамическим процессом перехода из бытия в небытие. Поэтому для определения юридического факта – смерти – юриспруденция вводит такое понятие как «момент». Достижения медицины позволили «отодвинуть» его фиксацию от остановки работы сердца и прекращения дыхания до констатации необратимой гибели головного мозга. Поэтому, одна из основных задач юриспруденции, как представляется, поставить различные сферы взаимоотношений под общественный контроль. Это предполагает создание правового механизма, исключающего использования медицинских достижений против человека. Современная медицина, войдя в новую фазу научно-технического прогресса, ставит на иной уровень субъективное мнение врача по вопросу жизни и смерти. Приведенные российские документы показывают, что именно от медиков зависит констатация смерти. При этом констатация смерти свидетельствуется лишь по формально-определенным признакам. Медицина до настоящего времени не добилась успехов в достоверном определении порога смерти.

Все выше сказанное создает ряд, так называемых, биоэтических проблем, среди которых:

– допустимо ли спасение жизни любой ценой, – когда пациент остается прикованным к постели, не имеющим возможности реагировать каким-либо образом на внешнюю действительность?

– стоило ли возвращать к жизни человека, который, осознав свою неполноценность, сознательно идет на последующее самоубийство?

– следует ли осуществлять реанимационные мероприятия, когда достоверно известно, что возможно лишь кратковременное возвращение к жизни, причиняющее только излишние страдания пациенту?

Решение этих вопросов право отдает специалисту-врачу, тем самым, возлагая на него дополнительную этическую ответственность.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Утверждены ВС РФ 22 июля 1993 № 5487-1 // Ведомости СНД и ВС РФ, 19 августа 1993, № 33, ст. 1318.
2. Российское законодательство X-XX вв. Т. 9.
3. *Крыленко Н.В.* Обвинительные речи М., 1978.
4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июля 1996 № 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.96.) / СЗ РФ, 17 июня 1996, № 25, ст. 2954 // Российская газета. № 113, 18 июня 1996, № 14, 19 июня 1996, № 115, 20 июня 1996, № 118, 25 июня 1996.
5. Медицина и права человека. М., 2009.
6. *Дроговец Я., Холлендер П.* Современная медицина и право. М., 1991.
7. Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. М., 2005.
8. Закон РФ от 22 декабря 1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Ведомости СНД и ВС РФ. 14 января 1993. № 2. Ст. 62.
9. Медицинская газета. 2001. № 50.
10. Закон РФ от 09 июня 1993 № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентах» // Ведомости СНД и ВС РФ, 15 июля 1993, № 28, ст. 1064.

*Северо-Кавказский научный центр высшей школы*

*Южного Федерального университета*

*23 октября 2010 г.*