

Матери и дети

Во время второго чтения в Госдуме закона о здравоохранении, или на новоязе – 323-ФЗ (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011) в его статью 4 был внедрён «принцип» приоритета охраны здоровья детей. Ни у кого там и за её пределами не было сомнений, что приоритетное внимание охране здоровья детей уделялось и ранее, в том числе и конкретными однократными и длительными мерами, вроде бесплатного лекарственного обеспечения. «Принцип», однако, ввели, как я полагаю, по неразумию, ибо приоритет не существует сам по себе, а означает ущемление прав других групп населения. Есть ли разумные основания полагать, что надо сокращать помощь пожилым для увеличения помощи детям? Нет, конечно.

Вообще-то в проекте поправок в закон значился ещё приоритет охраны здоровья матерей. Только когда депутаты высмеяли вопросами типа: через сколько лет после рождения женщина перестаёт быть матерью и на неё более не распространяется «приоритет», этот пункт выбросили. А про детей оставили.

Нужны ли приоритеты? Да. И долгосрочные, вроде развития паллиативной помощи, и краткосрочные, вроде развития кадрового потенциала медицины. Но могут ли они формулироваться, как этот приоритет помощи детям, за один месяц дискуссий в «узком кругу ограниченных людей»? Нет, конечно. И эти дискуссии должны начинать мы, профессионалы, те, кто уже что-то понимает в охране здоровья человека. В результате дискуссий должно сформироваться общественное отношение к будущим решениям, просвещённое нашими знаниями и учитывающее предпочтения народа, да хоть и в характере потребления алкогольных напитков.

Эвтаназия

Эвтаназию у нас, наоборот, любят обсуждать публично – слово красивое. И запрещать. Безоговорочно. Настолько безоговорочно, что в прошлом законе об охране здоровья она была запрещена, но определения ей не давали. В новом появилась статья 45 о запрете эвтаназии, содержащая определение. «... Запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента». Определение это одиозно. Оно расширительно толкует эвтаназию не только как активное умерщвление, но и как: а) бездействие и б) прекращение поддержания жизни пациента. Это можно представить как неграмотность законодателя, но в действительности у этих формулировок есть корни, которые надо показать миру в открытых дискуссиях, чтобы очертить путь к хорошему законодательству.

В действительности неприменение некоторого вмешательства (лечебного или диагностического) очевидным образом распадается на варианты:

1) Неоказание помощи (если это вмешательство было показано больному, но оно не было выполнено; причин тому может быть множество), юридическая и этическая классификация тут очевидны. Ясно, что к эвтаназии отношения не имеет, поскольку неоказание помощи обычно относится к ситуации, когда больной ищет её.



Конференция читателей «МГ»

Надо говорить!

Дискуссии по приоритетным вопросам должны вести специалисты, которые что-то понимают в охране здоровья людей

Продолжаем начатую нашей газетой все-российскую заочную читательскую конференцию «Доступность, качество и бесплатность медицинской помощи». В её рамках врачи аргументированно, ярко, полемично, и всегда с искренним желанием улучшить положение дел в отрасли высказывают свои мысли о наболевшем.

Наш сегодняшний собеседник – доктор медицинских наук, профессор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова и Высшей школы экономики, президент Общества специалистов доказательной медицины, автор книг, учебных пособий, монографий, статей Василий ВЛАСОВ. Для многих высокий профессионал Василий Викторович – неудобный эксперт, поскольку обладает собственным

В обычных условиях, в ситуации нетяжёлого заболевания, «отказ от вмешательства» является всего лишь формой выбора способа лечения. В нормальном, современном, научном понимании пациент на основе понятной ему информации взвешивает пользу и вред, ожидаемые от вмешательства, и даёт или не даёт на него согласие. Российский же закон сочетает в себе утверждение принципа информированного согласия со средневековым представле-

рактируется безвозвратным отсутствием сознания. В случае активного проведения сердечно-лёгочной реанимации и правильной поддерживающей терапии у некоторых больных может восстанавливаться деятельность ствола головного мозга, но не его коры. В результате возникает так называемое стойкое вегетативное состояние (CVC, continuous/persistent vegetative state), при котором в отличие от смерти мозга организм способен регулировать сердеч-

нением, которое не меняет в угоду конъюнктуре. Сегодня он касается тем, которые из-за своей деликатности и отставания содержания российского законодательства от законодательства развитых стран некоторые стараются упорно обходить. Но замалчивание недопустимо. Эти темы жизненно необходимы не только для нынешнего момента, но более даже – для будущих поколений больных и врачей.

Российское здравоохранение функционирует в рамках законов, которые вряд ли кто-то назовёт совершенными. Их дефекты грубы и известны всем врачам и даже больным. Однако обычно не замечается, что законы не возникают свыше, а отражают складывающиеся отношения в обществе. В нашем случае – в здравоохранении.

2) Научно обоснованное неприменение непоказанного вмешательства. Эта ситуация также проста принципиально, поскольку очевидно, что врач не должен применять любое вмешательство, а только то, которое показано такому пациенту.

3) Отказ от перспективного вмешательства – невыполнение вмешательств у умирающих от хронических заболеваний больных (например, отказ от сердечно-лёгочной реанимации у человека, умирающего от хронической печёночной недостаточности) давно стало стандартом ведения таких больных. В конце концов такое ограничение появилось и в нашем ФЗ-323 (ст. 66).

Всё это имеет мало общего с активным умерщвлением больного по его просьбе, что является отличительной особенностью эвтаназии. Расширительное толкование эвтаназии создаёт впечатление, что эвтаназия уже является частью медицинской практики и её надо лишь легализовать, как это сделано в Нидерландах. С другой стороны, расширительное толкование приводит к тому, что дезориентированные врачи избегают ограничений в объёме лечения и применяют все технические возможные средства лечения, чтобы не быть обвинёнными в эвтаназии. Во всех странах, в том числе и в России, это является причиной излишних страданий больных и излишней нагрузки в системе здравоохранения.

Запретом «бездействия» закон вступает в противоречие с конституционными принципами страны и основными положениями самого закона о здравоохранении. Вслед за первыми «Основами охраны здоровья...» (1993) наш современный закон утверждает право гражданина на информацию о лечении и на согласие на лечение (п.1 ст.20). Иными словами, информированный отказ гражданина от вмешательства является обязательным для врача.

Смерть мозга

В СССР диагноз смерти мозга воспринимался с большим трудом, применялся тайне, и лишь в послесоветской России получил своё законное право. Поэтому в законе о здравоохранении под формулой «констатация смерти мозга» (ст. 66: «...при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга...») описывается прекращение процедур поддержания сердечной и лёгочной деятельности. Примечательно, что термин «диагноз» в этом случае законодатель упорно не применяет. Отказывается законодатель и от того, чтобы включить смерть мозга в «биологическую смерть» (п.1 ст. 66 «Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека)». Если законодатель смертию мозга не кажется «необратимой гибелью человека», то он должен был бы последовательно отказаться от приравнивания смерти мозга к биологической смерти.

Между тем «смерть мозга» – не единственное состояние поражения мозга, которое ха-

но-сосудистую деятельность и дыхание. Больной не нуждается в аппаратах для поддержания жизненно важных функций, но существует только потому, что получает искусственное питание и интенсивный уход.

К сожалению, российский законодатель ни в 1993 г., ни в 2011 г. не смог подойти к регулированию проблемы CVC. Он подобно страусу сунул голову в песок и сделал вид, что проблемы нет. В это время журналисты радуют общество «утками» про людей, якобы оживших из CVC. Отставание содержания российского законодательства от законодательства развитых стран существенно по его последствиям. В позднем СССР и в результате дальнейшего развития здравоохранения России неизбежно появляются пациенты в CVC. Из-за юридической неурегулированности их положения они считаются «выздоровливающими» после травмы или иного события, приведшего к повреждению мозга. Поддержание вегетативного функционирования таких пациентов не только жестоко по отношению к ним и их родственникам, но и ведёт к огромным затратам как в семье, так и в общественной системе здравоохранения. Каждый такой привилегированный пациент без какой-либо надежды на улучшение своего состояния потребляет в год средства, которых было бы достаточно на лечение десятков тяжёлых больных.

Ассистированное самоубийство

Люди нередко заканчивают жизнь самоубийством. Если полагать, что существуют ситуации, когда самоубийство является рациональным (оправданным), то большинство людей назовут самоубийство при тяжёлых страданиях, связанных с неизлечимой болезнью, первым примером такого оправданного разумного действия. Надо иметь

в виду, однако, что такая общепризнанная оценка совсем не означает готовности, достаточных знаний для самоубийства у каждого человека. Печальным возможным исходом попытки самоубийства является неуспешное её совершение. В результате пациент может оказаться в худшем состоянии, чем до этого. Ассистированное самоубийство (АС) облегчает эту проблему.

Под АС понимают предоставление врачом знаний или средств больному для того, чтобы он мог совершить самоубийство. Можно полагать, что такого рода действия врачей являются хотя и нечастыми, но достаточно традиционными. Вниманию к АС в современном мире оказалось прикованным в немалой степени благодаря активности американского патолога Дж.Кеворкяна, который с максимальным привлечением прессы к своим действиям помогал совершить самоубийство одному больному за другим много лет подряд.

При АС врач (или другой человек) не предпринимает действий, приводящих к смерти. Умерщвляет себя сам пациент, и в рамках современной культуры эти действия не являются основанием для его посмертного наказания (дискриминации при похоронах и пр.). В принципе, самоубийство не считается преступлением в странах, которые принято называть цивилизованными. Соответственно, если самоубийство – не преступление, то и содействие ему не может быть преступлением. Здесь мы не рассматриваем религиозные взгляды, которые, по-видимому, не должны быть ориентиром для профессиональной деятельности, хотя такие взгляды пациента и должны приниматься во внимание со всей серьёзностью.

Там, где АС разрешают (в США это уже несколько штатов, и ряд европейских стран), вводят условие отсрочки исполнения, например на две недели, после обращения пациента за помощью в самоубийстве. Во всяком случае, опыт стран, легализовавших эвтаназию или АС, говорит, что проблема оценки обоснованности просьбы больного решается вполне удовлетворительно.

Парадоксальным образом в России закон даже не упоминает АС. Даже в форме запрета. Вероятно, это следствие неуклюжей борьбы с высокой частотой самоубийств в стране путём их замалчивания, даже запрета на обсуждение технологий самоубийства и всей связанной с ним проблематики. Между тем только серьёзное обсуждение может привести к решениям. Частота самоубийств высока почти во всех постсоветских странах, но постепенно снижается. И происходит это не через замалчивание, а через построение гармоничного общества, в котором люди поддерживают друг друга в трудную минуту.

Краткое перечисление проблем тут неполно, и, возможно, в выборе самого важного я ошибся. Но я абсолютно уверен, что без обсуждения этих и подобных проблем – общественно значимых и требующих вклада медицинских профессионалов – мы не можем эффективно развиваться. Надо помнить, что мы ещё не вышли из состояния общества, атомизированного перед лицом всеисильной власти. Общественное обсуждение важных для всех вопросов, в том числе вопросов, важных для практики врачебной профессии, – вещь совершенно необходимая. Жизненно необходимая не только для сего дня, но более даже для будущих поколений больных и врачей.