

ремещаться вдоль корпуса 8. Внутри емкостей 3 находится материал 9, например войлок или губка, для протирания и смачивания поверхности державки дезинфицирующим раствором, заливаемым через отверстия 10, которые закрываются пробками 11.

Корпус 8 ручки закрывается крышкой 14 при помощи винтов 15. Собранный ручка вставляется в заранее сделанное в полотне двери окно, соответствующее размеру корпуса, и стопорится двумя рамками 12. Рамки 12 крепятся к полотну шурупами 13.

При пользовании ручкой обработка поверхности ее державки происходит следующим образом.

При открывании двери посетитель берет за правую часть державки 1 и тянет ее к себе. При этом державка 1 переместится вправо относительно корпуса 8 ручки, сжимая посредством скоб 7 пружину 2, и дверь начинает открываться. Державка 1 перемещается относительно корпуса 8 вправо только за счет выхода ее нижней части из емкости 3, в которой часть поверхности державки 1 подверглась обработке заполняющим емкость и пропитывающим материал 9 дезинфицирующим раствором. Поверхность державки не только смачивается, но и протирается материалом, что повышает эффективность ее обработки. Верхняя часть державки не выходит из емкости 3, так как она стопорится цапгами 5.

Самодезинфицирующимися ручками желательно оборудовать двери поликлиник, больниц, производственных, научно-исследовательских и других учреждений.

Кроме того, ими целесообразно оборудовать и двери общественных учреждений в городах и населенных пунктах, где имеется тенденция возникновения очагов опасных инфекционных заболеваний. В этом случае дезинфекционные камеры ручек могут быть заправлены соответствующими растворами.

При пользовании самодезинфицирующейся ручкой для двери необходимо следить за заполнением емкостей дезинфицирующим раствором (если он отсутствует, поверхность державки при вращении будет сухой). Заправку производят резиновой грушей. Количество заливаемого дезинфицирующего раствора зависит от объема дезинфекционных емкостей — их следует заполнять так, чтобы раствор не вытекал через зазор между державкой и крышками 4.

Строго запрещается применять в ручке легковоспламеняющиеся дезинфицирующие растворы, так как при работе ручки происходит трение державки о цапги. Нельзя применять дезинфицирующий раствор, способный вступать в химическую реакцию с контактируемыми с ним деталями ручки. Кроме того, очень важно, чтобы его состав в каждом конкретном случае определял врач или работник санэпидстанции.

## ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 616—036.887

### ОБ ОТНОШЕНИИ ВРАЧА К ЭИТАНАЗИИ

И. А. Шамов

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.—заслуж. деят. науки ДАССР проф. И. А. Шамов) Дагестанского медицинского института*

**Реферат.** Вопрос об эитаназии — ускорении смертельного исхода больного, находящегося в терминальном состоянии, по просьбе пациента или его родственников — один из наиболее сложных вопросов врачебной нравственности, врачебного долга. Современные моральные и юридические положения отвергают возможность эитаназии. Врач должен всеми существующими в его распоряжении средствами бороться за жизнь больного до последнего его сердцебиения. Практика на каждом шагу подтверждает эти положения, ибо то, что еще вчера казалось неизлечимым, сегодня уже поддается лечению. Особо яркими свидетельствами недопустимости эитаназии являются успехи реаниматологии последних лет.

**Ключевые слова:** эитаназия.

Как-то я консультировал на дому тяжелого больного с «легочным» сердцем. Сделав соответствующие назначения, я вышел от пациента. На лестничной площадке сопровождающий меня родственник вдруг спросил: «Ну, что Вы думаете о состоянии больного, доктор? Выживет ли он, и, если нет, не лучше ли не делать все эти уколы, не мучить его?». Я был несколько шокирован такой просьбой и, видимо, несколько резковато ответил, что мне очень неприятно слышать эти разговоры и что больного человека необходимо лечить до последнего вздоха, всегда сохраняя надежду на выздоровление. Мой собеседник смутился и сказал: «Вы не подумайте, профессор, что мы не хотим лечить его или желаем ему смерти. Дело в том, что до Вас больного посетила участковый врач, которая сказала, что все уже бесполезно и нет смыс-

ла лечить больного, так как это будет только мучением для него». Теперь настала моя очередь смутиться. Я сказал, что этого не может быть, что врач не могла сказать такое, что, по-видимому, здесь какая-то ошибка. К сожалению, дальнейший разговор с этим участковым терапевтом показал, что никакой ошибки нет, и она со спокойной совестью заявляла, что лечить больного, кажущегося ей безнадежным, нет никакого смысла. Таким образом, если дать прямую оценку ее действиям, то она взяла на себя смелость санкционирования эйтаназии, т. е. ускорения смертельного исхода, по просьбе родственников тяжело больного человека, ибо оставление тяжелейшего больного без лечения равноценно ускорению развязки.

Вопрос об эйтаназии — это один из самых сложных вопросов врачебной нравственности, врачебной морали. Имеет ли врач право ускорить исход в том случае, если состояние больного безнадежно, а продление жизни сопряжено с мучительными болями, требует множества мучительных процедур и больших материальных затрат, в связи с чем сам больной или родственники просят отменить лечение или даже каким-либо образом ускорить исход?

Большинство врачей во все времена твердо отвечают на этот вопрос — нет, не имеет. До тех пор, пока в больном теплится хоть самая малая искорка жизни, до тех пор, пока не будут зафиксированы основные признаки наступившей смерти, врач обязан всеми имеющимися в его распоряжении средствами бороться за жизнь человека. Отказ от борьбы за жизнь больного, находящегося в терминальном состоянии, должен рассматриваться как отступление от врачебных моральных норм и даже как серьезное профессиональное правонарушение.

Этот вопрос должен решаться в таком плане по многим причинам. Самая главная причина состоит в том, что медицина знает многочисленные примеры выхода больных из кажущихся безнадежными состояний. Более того, в наши дни это стало повседневным явлением там, где организованы реанимационные отделения. В медицинской литературе можно встретить описание уникальных случаев, когда упорство врачевания вознаграждалось успехом там, где, казалось, невозможно было его ожидать. Так, в Норвегии 5-летний мальчик провалился под лед и был найден лишь через 40 минут. Вызванные к месту происшествия врачи, учитывая особые обстоятельства — быстрое и резкое переохлаждение всего организма, — решили сделать попытку оживления ребенка. Реанимация увенчалась успехом — через двое суток мальчик пришел в сознание и в последующем выздоровел.

Разумеется, это уникальный случай, и он приведен здесь для того, чтобы показать, что иногда удается спасти больного, казалось бы, обреченного. Обычно практический врач редко имеет дело с такими крайностями. Чаще он встречается с больными, впавшими в терминальное состояние на почве обычных, широко распространенных заболеваний — инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, сосудистой недостаточности различной этиологии, тяжелого воспаления легких, лейкозов, кровотечений или острой хирургической патологии. Бывают ли исчерпаны резервы организма в таких случаях? Можно ли во всех 100% абсолютно точно предсказать исход кажущегося безнадежным заболевания? Нет, нельзя! Много раз приходится убеждаться в том, что борьбу с болезнью нужно вести при любом состоянии больного. Не во всех этих случаях врач выходит победителем, довольно часто при терминальных состояниях нам приходится глотать горькую пилюлю поражения, однако, если бы даже только один из ста таких больных возвращался к жизни — и тогда все усилия врачей оправданы. На самом же деле из терминального состояния выходит гораздо больше число больных.

На практике просьбы об эйтаназии очень редко исходят от самих больных. Чаще об этом просят их родственники. Следует отметить чрезвычайную сложность морально-этической стороны таких просьб. Как правило, просьбы родственников бывают основаны на простых человеческих чувствах — жалости, сострадании к больному, желании сократить мучения близкого им человека. Тем не менее здесь может иметь место и целый ряд других мотивов, поэтому врач обязан вежливо, но твердо отклонять их. Во-первых, родственники (если они не медики) не могут понимать возможностей медицины при данном состоянии больного. Во-вторых, такие просьбы не правомерны с юридической точки зрения. В принципе врач не может со стопроцентной уверенностью решить вопрос об отсутствии корыстной подоплеку в просьбах родственников. Даже если 999 из 1000 таких просьб будут продиктованы простой человечностью, желанием сократить мучения тяжело больного человека, врач не имеет никаких прав отказаться от борьбы, не говоря уже о том, что в тысячном случае он может невольно оказаться соучастником каких-либо аморальных дел, нечистоплотных замыслов родственников больного.

О неправомочности родственников больного решать вопрос об ускорении исхода болезни больного, находящегося в терминальном состоянии, говорит поучительное описание такой ситуации в романе Роже Мартина Дю Гара «Семья Тибо». Когда у отца Жака и Антуана Тибо — господина Тибо — развилось тяжелое состояние и он оказался на смертном одре, сыновья ввели умирающему старику смертельную дозу морфия. Однако в последующем, когда сам Антуан Тибо оказался примерно в таком же состоянии, как и его отец, он не пошел на эйтаназию, не ввел себе морфия, а лечился до последней возможности, хотя это и требовало действительно мучительных процедур.

Таким образом, можно видеть, что родственники больного, обращаясь с просьбой об эйтаназии, сознательно или бессознательно могут идти на действия, которые они не применили бы к себе, находясь в таком же состоянии. Это еще раз подчеркивает чрезвычайную морально-этическую сложность данного вопроса и его юридическую неправомерность, ввиду чего врач и обязан всегда категорически отвергать подобные просьбы и бороться за жизнь больного до исчерпания всех своих возможностей.

Кроме этих морально-этических сторон, проблема эйтаназии имеет еще и чисто медицинский аспект. Дело в том, что сам термин «безнадежный больной» не может быть статическим понятием. То, что было безнадежным вчера, сегодня становится излечимым. Примером тому являются современные успехи реаниматологии, занимающейся именно крайне тяжелыми больными, у которых нередко бывают налицо признаки клинической смерти. В настоящее время реанимационные отделения позволяют вернуть к жизни огромное число больных, которые в самом недалеком прошлом считались абсолютно безнадежными. В свете этого еще более возросла ответственность врача в определении «безнадежности» состояния больного человека, еще более острой стала необходимость борьбы за жизнь до последних ее минут.

Следует остановить внимание и еще на одном аспекте проблемы эйтаназии. В некоторых случаях у врача могут иметься неоспоримые факты безнадежности дальнейшей борьбы с болезнью, абсолютно точные данные о возможном смертельном исходе. Имеет ли право врач прекратить борьбу с болезнью в таких случаях? Правовые аспекты проблемы четко определены и в таких ситуациях — нет, не имеет! Врач обязан продолжать борьбу за жизнь больного человека даже в самых кажущихся бесперспективными случаях. В этом состоит его долг. В ряде таких случаев врачи вынуждены бывают продолжать борьбу за жизнь даже вопреки требованию родственников прекратить дальнейшее лечение. В литературе описан следующий случай: 20-летняя американка Карен Энн находилась в реанимационном отделении в связи с тяжелой травмой. Вскоре появились признаки необратимого изменения мозга. В связи с этим родители больной потребовали прекратить дальнейшие усилия и отключить аппарат управляемого дыхания. Однако врачи отклонили это требование, так как сердце больной продолжало биться. Родители Карен Энн решили, что врачи действуют не в интересах больной, а в интересах науки, и обратились в окружной суд, требуя вынести приговор о прекращении реанимации. Однако суд отклонил требование родителей и поддержал действия врачей.

С чем же связана необходимость подобных действий врачей? С тем, что в практике встречаются случаи, свидетельствующие о полной оправданности их. Вспомним хотя бы описанный выше случай с оживлением норвежского мальчика почти через час после утопления. По общепринятому мнению считается, что после утопления (после прекращения доступа воздуха в легкие) мозг погибает через 5—6 мин. Следовательно, по ортодоксальным представлениям, этот случай был абсолютно безнадежным. К счастью, врачи, к которым попал мальчик, оказались творчески мыслящими людьми, благодаря чему мальчик вернулся к жизни. В советской и зарубежной литературе описаны случаи, когда больные с явными признаками децеребрации жили несколько месяцев. Все эти случаи и делают необходимой борьбу с болезнями до последнего сердцебиения. Врачи должны все время искать новые методы и средства борьбы с терминальными состояниями, применять их на практике и быть настойчивыми в своих усилиях.

Я задумался над вопросом о том, почему же участковый терапевт так легко пошла на действия, которые можно расценить как содействие эйтаназии. Я спросил ее, знает ли она, что такое эйтаназия и как надлежит относиться врачу к данному явлению. Оказалось, что у нее имелись лишь очень смутные представления. Тогда я обратился к учебным программам медицинских институтов и обнаружил, что в них не предусмотрено обучение студентов понятию эйтаназии. Косвенно, вскользь этот вопрос упоминается на занятиях кафедры судебной медицины. На остальных же кафедрах изучение морально-этической стороны проблемы эйтаназии не предусматривается. Почти не освещена эта проблема и в медицинской литературе. Нет такого понятия и в Большой медицинской энциклопедии, не удалось мне найти ее изложения и в руководствах или монографиях. Единственным отечественным ученым, который уделяет этой проблеме внимание, хотя и не подчеркивая само понятие, а скорее говоря о ее сущности, оказался заведующий кафедрой судебной медицины I Московского медицинского института профессор Александр Петрович Громов. Он в своих книгах «Закон на страже здоровья», «Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников» и некоторых других освещает проблемы эйтаназии. Однако этого, по-видимому, недостаточно; необходимо на каждой клинической кафедре в лекциях и повседневной работе разбирать эти вопросы со студентами, а на практике показывать студентам примеры борьбы с болезнью до последних возможностей.

Поступила 30 ноября 1979 г.