

РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ

EDITORIAL ARTICLE

<https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.5.EDT.1>

УДК 614.253+616-036.88

ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА В ОТНОШЕНИЯХ С УМИРАЮЩИМ ПАЦИЕНТОМ

В.Н. Шабалин^{1, 2}, С.Н. Шатохина^{2, 3}

¹Медицинский университет «Реавиз», Самара

²Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии, Москва

³Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского, Москва

Резюме. В основе непрерывных изменений базовых ценностей современного общества лежат преобразования в области интеллектуальной коммуникации, лавинообразный рост объёма новых знаний, появление новой медицинской техники, резкое усиление внимания к правам человека. Эти процессы обостряют деонтологические проблемы, которые в наибольшей сложности проявляются при контакте врача с умирающим человеком. Для большинства людей уход из жизни связан с тяжёлыми физическими и духовными страданиями. Эти страдания врач может облегчить только при глубоком понимании явления смерти как с научных, так и с религиозных позиций. В статье проведен анализ философских основ врачебной этики, знание которых необходимы врачу при общении с умирающим. Дано современное понимание смерти как естественного события, необходимого для поддержания развития живой природы. Показано, что в связи с развитием современных медицинских технологий возникла необходимость поиска новых критериев смерти. Рассмотрена современная юридическая и моральная трактовка прав человека на смерть с достоинством. Отмечена сложность донесения до пациента информации о смертельном диагнозе: когда возможна «горькая» правда, а когда нужна «святая» ложь. Выдвинуто положение о том, что сложность и противоречивость проблемы эвтаназии решается путём предоставления терминальному пациенту качественной паллиативной помощи. Подчеркнуто, что несмотря на все замечательные суждения о необходимости и важности смерти в развитии человечества, трагизм личного ухода из жизни не снимается даже самой оптимистической философией. Однако врач, вооружённый современными знаниями, владеющий современными деонтологическими методами, наделённый высокими моральными качествами, может значительно снизить уровень ощущения этого трагизма. Смерть – важный этап в жизни человека, уверенность всех живущих в том, что их терминальный период будет обеспечен надлежащей заботой и уходом во многом повысит качество жизни человека в целом.

Ключевые слова: смерть, умирание, деонтология, эвтаназия, агональное состояние.

Для цитирования: Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Врачебная этика в отношениях с умирающим пациентом. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2021;5(53):5-13. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.5.EDT.1>



MEDICAL ETHICS IN RELATIONSHIP WITH MORIBUND PATIENT

V.N. Shabalin^{1,2}, S.N. Shatokhina^{2,3}

¹Medical University "Reaviz", Samara

²Scientific Research Institute of General Pathology and Pathophysiology, Moscow

³Moscow Regional Research Institute (MONIKI), Moscow

Abstract. The continuous changes in the basic values of modern society are based on transformations in the field of intellectual communication, an avalanche-like increase in the volume of new knowledge, the emergence of new medical technology, and a sharp increase in attention to human rights. These processes exacerbate deontological problems, which are most difficult to manifest when a doctor comes into contact with a dying patient. Purpose of the study. To improve the quality of medical care for a patient in a terminal state. Research results. For most people, death is associated with severe physical and spiritual suffering. The doctor can alleviate this suffering only with a deep understanding of the phenomenon of death, both from scientific and religious positions. The article analyzes the philosophical foundations of medical ethics, knowledge of which is necessary for a doctor when communicating with a dying patient. The modern understanding of death as a natural event necessary to support the development of living nature is given. It is shown that our society has not yet developed the principles of the culture of death. In connection with the development of modern medical technologies, it became necessary to search for new criteria for death. The modern legal and moral interpretation of the human right to death with dignity is considered. The difficulty of communicating information about a fatal diagnosis to a patient is noted: when a bitter truth is possible, and when a "holy" lie is needed. The proposition is put forward that the complexity and contradictory nature of the problem of euthanasia is solved by providing the terminal patient with high-quality palliative care. Conclusion. Despite all the wonderful judgments about the necessity and importance of death in the development of mankind, the tragedy of personal death cannot be removed even by the most optimistic philosophy. However, a doctor, armed with modern knowledge, possessing modern deontological methods, endowed with high moral qualities, can significantly reduce the level of feeling of this tragedy. Death is an important stage in a person's life, the confidence of all living people that their terminal period will be provided with proper care and attention, will greatly improve the quality and the entire period of a person's life.

Key words: death, dying, deontology, euthanasia, agonal state.

Cite as: Shabalin V.N., Shatokhina S.N. Medical ethics in relationship with moribund patient. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ". Rehabilitation, Doctor and Health.* 2021;5(53):5-13. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.5.EDT.1>

В основе непрерывных изменений в нравственной сфере человеческого существования и пересмотра базовых ценностей современного общества лежат такие процессы, как высокая динамичность преобразований в областях общей и интеллектуальной коммуникации, интенсивное развитие мировой экономики, лавинообразный рост объёма новых знаний, повышение уровня образования, резкое усиление внимания к правам человека. На этом фоне происходят радикальные изменения в технологическом оснащении современной медицины, в том числе в оборудовании для поддержания жизни пациента, накопление

соответствующих практических и теоретических знаний. Поразительные преобразования в области клинической практики вносят успехи генной инженерии и трансплантологии. Все эти процессы обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед всем медицинским персоналом. Всё сильнее на сознание врача давит самый сложный вопрос: каковы пределы оказания медицинской помощи в поддержании жизни смертельно больного человека?

Философские основы врачебной этики
Жизнь и смерть – вечные темы духовной культуры человечества [1]. Вряд ли найдёт-

ся взрослый человек, который не задумался бы о смысле жизни и предстоящей смерти. Эти размышления находят своё отражение в бытовых беседах и научных исследованиях, в поэзии и прозе, драмах и трагедиях, в музыке и ритуальных танцах, личных письмах и дневниках... Смерть – единственное, перед чем все равны: бедные и богатые, злые и добрые, верующие в Бога и атеисты. Смерть есть требование жизни, это естественное явление, которое играет важную и необходимую роль в ходе всего периода биологической эволюции, сохраняя на более длительное время приспособленных индивидов и быстро устраняя менее устойчивых, обеспечивая биологический прогресс. Смерть – строгий контролёр этого движения, который не даёт жизни сойти с наиболее эффективного пути развития.

В настоящее время в мире ежегодно умирает более 30 миллионов человек. За всю историю человечества земной шар посетили и ушло из жизни более 100 миллиардов представителей рода человеческого. Абсолютная истина состоит в том, что все люди умирают. Своей смерти никому не избежать – она может наступить завтра, или в ближайшие дни. Это всего лишь вопрос времени. "Mors certa, hora inserta" («Самое определенное в жизни – смерть, самое неопределённое – час её наступления»). Смерть можно рассматривать с различных научных и религиозных позиций, но факт остается фактом: все мы стоим перед лицом её неизбежности.

В то же время, в нашем обществе не существует культуры смерти. Как прожить жизнь мы все более-менее представляем, а как надо умирать – нет. Сложность понятия смерти для нас состоит, прежде всего, в том, что мы верим в своё бессмертие, зная, что смертны. У каждого в душе живёт надежда, что лично он никогда не умрёт, ибо нам не дано понять, как мы вошли в сферу жизни и как можем навсегда уйти из неё. Загадка нашего «бытия» до рождения и после смерти постоянно вводит в неприми-

римое противоречие сферу нашего разума с эмоциональной сферой. Что бы ни говорила нам наука, но вера и надежда на то, что мы и наши близкие не покидаем полностью и навсегда этот мир, постоянно тлеют в умах даже самых просвещённых материалистов.

Тема смерти одна из основополагающих тем духовной культуры человечества. Практически каждый большой мыслитель думал и писал о смерти. Философия жизни и философия смерти всегда сосуществуют в сознании человека. В основе философии жизни лежат мысли о прошлом, настоящем и будущем. Сферой интересов философии смерти является вечное. С позиций философии жизни – человек это Вселенная, с позиций философии смерти, человек – ничтожно малая частица Вечности.

Клинико-биологические признаки умирания

Врачу часто приходится держать руку на пульсе человека в последние минуты его жизни. К сожалению, для большинства людей переход в «мир иной» протекает тяжело. При этом человек страдает и физически, и духовно. Физические страдания связаны с тем, что идёт обвальный болезненный распад живых структур организма. Наступает кульминационное смещение тела в сторону полной системной дезинтеграции. Ещё задолго до наступления момента разлуки с жизнью, иногда за несколько дней или часов, человек начинает чувствовать, что смерть вошла в его тело и начала свои последние неотвратимые приготовления. С каждой минутой нарастает изнеможение, его физические силы слабеют, теряется способность к выполнению произвольных движений.

Так человек входит в преагональное состояние, которое может продолжаться часами, после чего наступает терминальная пауза. Ведущим проявлением преагонального состояния является торможение высших отделов центральной нервной системы: сумеречное сознание или полная его

потеря, т.е. прекращение функции коры головного мозга. На электроэнцефалограмме отмечается появление высоких медленных волн, а затем полное исчезновение электрической активности коры мозга. Стволовые центры в этот период нередко находятся в стадии кратковременного возбуждения – проявление защитно-приспособительных функций, однако через некоторое время торможение распространяется и на эту область мозга.

В танатологии началом наступления необратимых посмертных изменений принято считать тотальную денатурацию белка. В процессе денатурации кинетическая энергия белковых молекул достигает предельно низкого уровня. Белковая молекула перестаёт «работать». Клинически терминальное состояние характеризуется резким падением сердечной деятельности, острой недостаточностью кровоснабжения, глубоким нарушением обмена веществ, быстрым нарастанием гипоксии, повышением концентрации недоокисленных продуктов, развитием декомпенсированного ацидоза [2].

На фоне постепенного ослабления сердечной деятельности ещё может сохраняться дыхание, или, наоборот – при явной недостаточности дыхания сохраняется более или менее удовлетворительная сердечная деятельность. Агональное дыхание (дыхание судорожного типа) характеризуется максимальным напряжением всей дыхательной мускулатуры, с включением даже тех мышц, которые у человека принимают участие в дыхательных движениях только при крайне высокой физической нагрузке. Дыхание сопровождается запрокидыванием головы назад, широким раскрытием рта, умирающий как бы глотает воздух. Затем наступает полная арефлексия, прекращение дыхательных движений и сердечных сокращений. У пациента в это время роговичные рефлексы отсутствуют, зрачки максимально расширены. Внешне он имеет вид трупа – лицо бледное, нос заострён, роговица теряет прозрачность. В медицине такое лицо получило название *facies hippocratica*.

Право человека на смерть с достоинством

Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации [3] представляет собой свод прав пациента, среди которых провозглашено право человека на смерть с достоинством. Тем не менее, проблема отношений медицинского работника к умирающему больному пребывает в тени и тумане не только моральных, но и юридических неясностей.

В условиях углублённой специализации и дифференциации в системе здравоохранения врач в большей мере концентрирует внимание на конкретных патологических процессах. В результате у многих постепенно утрачивается представление о пациенте как о личности, что объективно приводит к некой деформации морально-этических элементов в поведении медицинского персонала [4].

Особого внимания заслуживает проблема смерти старого человека. То, как мы провожаем своих стариков в последний путь, является одним из важнейших факторов, определяющих мотивацию человека на долголетие. Подготовка пожилых к смерти – задача не только духовная, но и медицинская. Тем не менее, на практике складывается так, что врач неохотно подходит к постели старого, безнадёжного пациента, медсестра лишь «казенно» выполняет назначения, испытывая при этом страх и растерянность. Обречённого стремятся выписать домой, чтобы смерть его произошла по возможности вне клиники.

В то же время следует подчеркнуть, что поведение врача у постели умирающего является интегральным показателем его профессионализма и духовности. Понимание смерти и отношение к ней – это высшая точка нравственной связки «врач – пациент». Поведение врача у постели умирающего больного является оценкой его осознания истории морали и медицины, современных этических и правовых теорий, ощущения духовных ценностей, взятых им в качестве опоры в своей профессии [5, 6].

Тяжкая правда или «святая» ложь?

Особое место в этике врача занимает вопрос о необходимости информирования пациентов о смертельном диагнозе. Эта тема была и остается актуальной во все времена, вызывая различные дебаты с убедительными аргументами «за» и «против» [7]. Сокрытие сведений о состоянии неизлечимого, умирающего было деонтологической нормой советской медицины. Считалось, что страх смерти ослабляет и духовные, и физические силы организма в борьбе с болезнью. Врач встаёт перед дилеммой: или щадить психику человека и прибегать к «святой» лжи, или говорить пациенту правду о его состоянии, предвидя возможные негативные последствия. Безусловно, комплаенс (взаимосвязь) между врачом и пациентом не может быть достигнут, если врач, даже из благих побуждений, скрывает от пациента жизненно важные сведения. Поэтому новый Закон об охране здоровья граждан [8] гарантирует право пациента на правдивую информацию о диагнозе, методах лечения и прогнозе.

Вместе с тем, открыть истинный диагноз или сохранить его в тайне, а возможно сообщить полуправду – менее травмирующий диагноз? Какой должна быть мера правды? Это неизбежные и вечные вопросы профессиональной врачебной этики. Известно, что «святая» ложь часто приносит больше вреда, чем пользы. Если пациент чувствует постоянный обман со стороны медицинских работников, это усиливает его тревожное состояние, может спровоцировать агрессивное поведение. В то же время чрезмерная «открытость» диагноза может нанести человеку тяжёлую психическую травму.

Реакция пациентов на информацию о приближающейся смерти весьма различна. При этом медицинская психология считает отношение к болезни важным принципом личностной структуры пациента [9]. Одни пациенты полностью «уходят в болезнь», и борьба с ней становится главным смыслом их жизни. Человек отодвигает все пробле-

мы в дальний угол, оставляя в кругу своих жизненных интересов только борьбу с болезнью. Другой тип поведения заключается в стремлении прожить оставшиеся дни максимально насыщено и полноценно, обогатить себя духовно, не дать болезни главенствовать над собой в период уходящей жизни. Болезнь становится неким стимулятором жизни. Третий тип реакции – состоит в апатии, замкнутости, озлоблении, отторжении себя от всего живого [10].

Такова психологическая реальность, с которой сталкивается врач, когда ему приходится решать задачу: говорить или не говорить обречённому правду о его состоянии. В каждом конкретном случае эта задача имеет своё особое решение. Пациенту не надо навязывать правду о неизбежности скорой смерти, но если он стремится узнать эту правду, его следует корректно информировать о неблагоприятном исходе заболевания. Те пациенты, которые не хотят знать правду – пусть не знают ее. Учитывая все особенности ситуации, врач должен найти единственно правильное решение и помочь пациенту принять его. Опытный врач, правдиво информируя умирающего о его ближайшем будущем, обязан найти аргументы, чтобы смягчить удар известия о близком уходе из жизни [11].

Узнав о неизлечимой болезни, человек часто отказывается понимать происходящее, он не хочет принять ужасную правду. В этот момент нельзя говорить с ним о смерти. После того как он адаптировался к своему состоянию, осознал все его особенности и сам стремится к беседе о смерти, спокойно обсуждает эту тему, то не следует уводить его в сторону от данного разговора. Обычно умирающий человек, если он в сознании и здоровой памяти, хочет рассказать о прожитой жизни, подвести ее итог, дать наставления, распоряжения [12]. Врачу нужно уметь не только слушать, но, главное, слышать умирающего пациента, которому нужно только чтобы его понимали. Никакие возражения здесь не уместны.

Следует отметить, что все этические проблемы, возникающие при беседе с умирающим, проще решаются с верующим человеком. Вера помогает ему возвыситься над всем мирским и суетным, нужно лишь поддержать его веру в загробную жизнь. В то же время и люди, обладающие высоким интеллектом и широкими знаниями о сущности жизни, понимающие своё предназначение в бесконечном процессе развития живой материи, воспринимают свою близкую смерть тяжело, но без страха [13]. В данной ситуации нужно учитывать и мнение основоположника научной гериатрии И.И. Мечникова, который считал, что у человека, завершающего свой цикл жизни, исчезает страх смерти, а инстинкт сохранения жизни постепенно переходит в инстинкт потребности смерти, сходный с желанием спокойно уйти в вечный сон [14].

Врач должен владеть «тонким психологическим чутьём», преодолевая отчуждение умирающего. Необходима профессионально грамотная подача анализа тайны смерти, в процессе которого следует наиболее безболезненно раскрыть правду о состоянии пациента и прогнозе на оставшиеся дни его жизни. Душевный комфорт пациента – главный критерий правильности деонтологического подхода. Признание ценности человека как личности даёт врачу возможность взглянуть на мир его глазами, понять, что испытывает и переживает пациент. Сообщая тяжёлую правду, врач обязан внушить пациенту и надежду, убедить его в своей постоянной готовности быть рядом. Залог успешного взаимоотношения между врачом и пациентом основан на доверии, поддержке, понимании, сочувствии, уважении.

Вопросы прекращения паллиативной помощи и смерти мозга

Процесс умирания в настоящее время может контролироваться медицинским персоналом и трансформироваться из естественного события в искусственно управляемое деяние. Медицина, вооруженная современными техническими возмож-

ностями и средствами, может продлить время жизни неизлечимо больному на неопределенно долгое время. Появилась возможность спасать людей, которые прежде были обречены. В связи с этим возникла необходимость поиска новых критериев смерти. Эти критерии основываются уже не на остановке сердца и дыхания, а на необратимом прекращении деятельности мозга [8].

Особую значимость критерии смерти мозга приобрели с развитием трансплантационной медицины, поскольку они позволяли выполнять операцию изъятия органов и тканей человека для пересадки. В нашей стране в соответствии с законодательством утверждена Инструкция по определению момента смерти человека [15], согласно которой диагноз «смерть мозга» устанавливается на основе целого комплекса признаков (клинических тестов), указанных в этом документе.

Тем не менее, применение тех или иных методов поддержания жизни или отказ от них зависит не только от врачебного решения, но и от выбора пациента или его близких. Правовые нормы, позволяющие пациенту или его близким отказаться от лечения, поддерживающего жизнь, содержатся в законодательствах многих стран. Подобная статья существует и в законе РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [8], где говорится, что «гражданин, или его законный представитель, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения». При этом гражданину или его законным представителям должны быть разъяснены последствия отказа.

Эвтаназия

Здесь мы переходим к проблеме эвтаназии, которая в настоящее время активно дискутируется общественностью. Термин «эвтаназия» (от греческого *eu* – хорошо и *θάνατος* – смерть) понимается как ускорение смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемое по его воле или по воле

уполномоченных им близких. Эвтаназия означает сознательное действие врача, приводящее быстрым и безболезненным способом к смерти неизлечимого больного, страдающего невыносимыми болями, путём применения фармакологических или иных средств.

Однако большинство экспертов (юристов и врачей), исследовавших эту проблему, отрицают право врача на эвтаназию, считают её актом, противоречащим принципам гуманности и врачебному долгу. Эвтаназия в любых, даже при самых благовидных предложениях, есть единение убийства и самоубийства. Острота проблемы эвтаназии заключается в опасности внедрения в систему здравоохранения чужеродного фактора – «смертеобеспечения», что внесёт глубокие негативные изменения в моральные основы медицины. Особую опасность легализации эвтаназии представляет возможность возникновения криминальных процессов вокруг этого акта. Всемирная медицинская ассоциация в 1987 году приняла специальную декларацию по вопросу эвтаназии [16]. Текст ее гласит: «Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична».

В США был проведён опрос 988 тяжёлых пациентов, находящихся дома или в больницах, из них 60 % высказали желание подвергнуться эвтаназии. Однако, когда их поместили в хосписы со сносными условиями жизни, то такое желание осталось только у 10 % [17]. Данные этого опроса подтверждают мнение о том, что желание умереть у терминальных пациентов определяется низким качеством обеспечения их потребностей.

Отсюда следует вывод, что альтернативой эвтаназии для неизлечимых, находящихся в терминальной стадии заболевания и испытывающих страдания, является качественная паллиативная помощь. Паллиативная помощь (от лат. *pallium* – облегчение, обволакивание, покрытие) призвана

максимально облегчить страдания умирающему больному и способствовать его достойному уходу из жизни. Паллиативная помощь обеспечивает купирование болевых и других тягостных симптомов, сопровождающих умирание. Она включает в себя не только медицинские мероприятия, но и психологическую, и социальную помощь. Умирающие испытывают страх перед болью и немощностью, впадают в глубокую печаль, тоску. Система паллиативной помощи решает эти задачи, даёт возможность человеку в последние дни его жизни общаться с семьёй и друзьями, завершить юридические дела, выразить высшие духовные пожелания.

Не секрет, что в современном обществе бытует мнение о нецелесообразности расходовать средства на умирающих, когда этих средств не хватает на тех, кого ещё можно вылечить. Адепту принципа «умирающему всё в последнюю очередь» не мешает напомнить, что придёт время, когда этот принцип ударит и по нему. Сегодня живой ищет выгоду на умирающем, а завтра эта выгода возвратится к нему бумерангом страха и отсутствием элементарной опоры при встрече со смертью. С социальных позиций нужно чётко понимать, что сохранение жизни немощным, тяжело больным, инвалидам, престарелым и другим «экономически невыгодным» для общества людям, поддерживает в обществе потенциал доброты и человеколюбия, составляющий духовную основу социальной морали.

Вместе с тем вопросы оказания паллиативной помощи также остаются во много дискуSSIONными. Так, в настоящее время эксперты ВОЗ в соответствии с идеями концепции качества жизни признали нецелесообразным применять современные высокотехнологические медицинские средства пациенту в терминальном состоянии в случаях, когда эти средства не могут обеспечить элементарные требования к качеству жизни, а лишь вызывают продление процесса умирания, который продолжает сопровождаться физическими и душевными

ми мучениями. То есть оказание паллиативной помощи должно осуществляться в разумных пределах с учётом естественного течения процессов жизни и смерти.

Заключение

Несмотря на все замечательные суждения о необходимости и важности смерти в развитии человечества, трагизм личного ухода из жизни не снимается даже самой оптимистической философией. Однако врач, вооружённый современными знания-

ми, владеющий современными деонтологическими методами, наделённый высокими моральными качествами, может значительно снизить уровень ощущения этого трагизма. Смерть – важный этап в жизни человека. Уверенность всех живущих людей в том, что их терминальный период будет обеспечен надлежащей заботой и уходом, во многом повышает и качество жизни человека в целом, способствует формированию мотивации стать долгожителем.

Литература/References

- 1 Gurevich P.S. *Chelovek: Mysliteli proshlogo i nastoyashchego o ego zhizni, smerti i bessmertii*. Moscow: Politizdat, 1991. 463 s. (In Russ).
- 2 Tishchenko P.D. *Na granyakh zhizni i smerti: filosofskie issledovaniya osnovaniy bioetiki*. St. Petersburg: Mir, 2011. 328 s. (In Russ).
- 3 Lissabonskaya deklaratsiya o pravakh patsienta (Prinyata 34-y Vsemimoy Meditsinskoy Assambleey. Lissabon, Portugaliya, sentyabr'–oktyabr' 1981 goda. https://e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.htm
- 4 Gnezdilov A. V. *Psikhologiya i psikhoterapiya poter'.* Posobie po palliativ–noy meditsine dlya vrachey, psikhologov i vsekh interesuyushchikhsya problemoy. St. Petersburg: Rech, 2002. 162 s. (In Russ).
- 5 Zabolotnaya S.G. Tsennostnoe samoopredelenie budushchego vracha v meditsinskoy professii. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya: elektronnyy zhurnal*. 2016;4. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24971> (In Russ).
- 6 Veresaev V.V. O roli npravstvennogo sostoyaniya lichnosti vracha. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem*. 2017;8(7). <http://ej.soc-journal.ru> (In Russ).
- 7 Pronitsina O.S. Analiz opyta eticheskikh i deontologicheskikh problem vrachey pri informirovanii bol'nogo o smertel'nom zabolevanii v otechestvennoy i zarubezhnoy praktike. *Tverskoy meditsinskiy zhurnal*. 2018;4:5-10. (In Russ).
- 8 Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 N 323- FZ (red. ot 03.07.2016) "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii" (s izm. i dop., vstup. v silu s 01.01.2017) <https://www.medcentr-tula.ru>
- 9 Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuk A.Ya. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachey*. St. Petersburg, 2005. 30 s. (In Russ).
- 10 Siluyanov I.V. *Bioetika v Rossii: tsennosti i zakony*. Moscow: RNIMU im. N.I. Pirogova, 2014. 192 s. (In Russ).
- 11 Letov O.V. *Bioetika i sovremennaya meditsina*. Moscow, 2009. 226 s. (In Russ).
- 12 Baskakov V.Yu. *Tanatoterapiya. Teoreticheskie osnovy i prakticheskoe primeneniye*. Moscow, 2007. 184 s. (In Russ).
- 13 Bakanova A.A. Tanatopsikhologiya: sovremennoe sostoyanie i osnovnye napravleniya issledovaniy v Rossii. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn*. 2014;6(29). URL: <http://mprj.ru> (In Russ).
- 14 Mechnikov I.I. *Etyud o estestvennoy smerti*. Moscow, 1917. S. 92-130. URI:<http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/4558>. (In Russ).
- 15 Instruksiya po opredeleniyu kriteriev i poryadka opredeleniya momenta smerti cheloveka, prekrashcheniya reanimatsionnykh meropriyatiy (utv. prikazom Minzdrava RF ot 4 marta 2003 g. N 73) <https://base.garant.ru/4179063/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33> (In Russ).
- 16 Deklaratsiya 1987g. Vsemimoy meditsinskoy assotsiatsii i problema evtanazii. https://vuzlit.ru/1447998/deklaratsiya_1987g/ (In Russ).
- 17 Evtanaziya: istoricheskiy i teoreticheskiy aspekty problem. https://revolution.allbest.ru/medicine/00556392_1.html/ (In Russ).

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Competing interests. The author declare no competing interests.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Funding. This research received no external funding.

Авторская справка

Шабалин Владимир Николаевич

доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой клинической медицины, главный редактор журнала «Вестник медицинского института «РЕАВИЗ», Медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия
ORCID 0000-0002-1861-759X

Шатохина Светлана Николаевна,

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия
ORCID 0000-0001-9441-4383

Статья поступила 12.08.2021

Одобрена после рецензирования 20.09.2021

Принята в печать 28.09.2021

Received August, 12th 2021

Approved after reviewing September, 20th 2021

Accepted for publication September, 28th 2021