

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОТОКОЛА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

В. А. Куксинский, М. П. Цыганова, К. В. Быков, Ю. А. Чурляев

ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Росздрав»
Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН, Новокузнецк

Some Medicolegal Aspects of the Russian Cardiopulmonary Resuscitation Protocol

V. A. Kuksinsky, M. P. Tsyganova, K. V. Bykov, Yu. A. Churlyayev

Novokuznetsk Scientific-and-Practical Center for Medicosocial Examination
and Rehabilitation of the Disabled, Russian Ministry of Health
Branch of the Research Institute of General Reanimatology, Russian Academy of Medical Sciences, Novokutnetsk

Целью исследования явился анализ Российского Законодательства для выявления наиболее значимых для врача анестезиолога-реаниматолога медико-правовых аспектов сердечно-легочной реанимации. Проанализированы нормативные акты, касающиеся охраны здоровья граждан, в том числе связанные с сердечно-легочной реанимацией, а также предусматривающие ответственность медицинских работников в некоторых случаях. Выявлен ряд несоответствий в различных правовых актах, касающихся вопросов констатации смерти человека и проведения реанимационных мероприятий. На основе анализа выявлены наиболее важные для врача аспекты сердечно-легочной реанимации с точки зрения законодательства. *Ключевые слова:* сердечно-легочная реанимация, врач анестезиолог-реаниматолог, закон, ответственность, реанимационная помощь.

The purpose of the study was to analyze the Russian legislation to identify the medicolegal aspects of cardiopulmonary resuscitation, which are most significant for an intensive care anesthesiologist. Statutory acts concerning human health care, including those pertinent to cardiopulmonary resuscitation and those providing for the responsibility of medical workers in some cases were analyzed. A number of discrepancies in various legal acts concerning human death verification and resuscitative measures were identified. The analysis has revealed the aspects of cardiopulmonary resuscitation, which are, from the point of view of legislation, most important for the physician. *Key words:* cardiopulmonary resuscitation, intensive care anesthesiologist, law, responsibility, intensive care.

В проблеме сердечно-легочной реанимации до сих пор остается немало нерешенных вопросов, как чисто медицинского, так и организационного, правового, этического характера [1]. Остаются актуальными и широко обсуждаемыми такие аспекты сердечно-легочной реанимации, как то, в каком объеме и сколько времени проводить реанимационные мероприятия, когда они не показаны, в каких случаях следует отказаться от сердечно-легочной реанимации. Следует отметить, что данная проблема тесно связана с вопросом эвтаназии, которая также широко обсуждается во всем мире [2]. В многочисленных нормативных актах, регулирующих вопросы охраны здоровья населения, правовые нормы зачастую разрознены, а некоторые из них противоречивы. К сожалению, часто бывает так, что врач анестезиолог-реаниматолог находится в информационном вакууме относительно правовых вопросов указанной проблемы на фоне того, что в стране увеличивается количество судебных исков к врачам, в том числе и нашей спе-

циальности. Таким образом, на сегодняшний день реально возникла потребность в приведении в соответствие с отечественным законодательством всех вопросов, связанных с протоколом сердечно-легочной реанимации.

Цель исследования: проанализировать Российское Законодательство для выявления наиболее значимых для врача анестезиолога-реаниматолога медико-правовых аспектов при разработке отечественного протокола сердечно-легочной реанимации.

Конституция Российской Федерации [3] гарантирует гражданам такие основные права, как право на жизнь, на охрану здоровья и медицинскую помощь (статьи 20 и 41), что согласуется с такими нормами международного права, как Всеобщая Декларация прав человека [4].

Согласно ст. 39 «Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее — Основ) [5] каждый гражданин имеет право на оказание ему скорой медицинской по-

мощи, которая «...оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях)...». В этой же статье четко определено, что данная помощь «осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу». Следовательно, применительно к рассматриваемой проблеме, каждый врач обязан проводить сердечно-легочную реанимацию при развитии состояния клинической смерти пациента. Разумеется, в случае внезапного наступления клинической смерти на неотягощенном фоне необходимость проведения полного объема реанимационных мероприятий и этапа дальнейшего поддержания жизни не вызывает сомнений.

Однако из практики известно немало случаев, когда после эффективных реанимационных мероприятий и восстановления сердечной деятельности, на этапе дальнейшего поддержания жизни, длительное время проводится искусственная вентиляция легких, поддержание сердечной деятельности осуществляется введением симптоматических медикаментозных средств в больших дозировках и, тем не менее, несмотря на полноценное проводимое лечение, все же наступает летальный исход.

В другой ситуации врач анестезиолог-реаниматолог может столкнуться с состоянием, при котором в силу разнообразных причин (травма мозга, тяжелый шок, гипоксия, интоксикация) имеет место поражение головного мозга, приводящее к стойкому «вегетативному состоянию» пациента вследствие декортикации. Подобные состояния сопровождаются, как правило, развитием вторичных трофических и гнойно-септических осложнений, которые в итоге неминуемо приводят к летальному исходу.

Помимо этого, перед анестезиологом-реаниматологом зачастую возникает проблема о необходимости продолжения полного комплекса реанимационных мероприятий на этапе дальнейшего поддержания жизни у лиц пожилого и старческого возраста с массой сопутствующей патологии, когда резервные возможности организма практически исчерпаны. В подобных ситуациях медикаментозное поддержание сердечной деятельности и полное замещение функции дыхания может длиться бесконечно долго, тем не менее, заканчиваясь летальным исходом.

Следует отметить, что при вышеперечисленных ситуациях подобные состояния неизбежно сопровождаются физическими страданиями па-

циента. Несомненно, что длительно продолжая искусственное поддержание сердечной деятельности, замещение жизненноважных функций организма, врачи невольно продлевают страдания пациентов. Казалось бы, это нарушает право пациентов на гуманное к себе отношение, закрепленное ст. 30 Основ: «При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала...» [5]. Однако в данном случае важно отметить, что действия врачей направлены, прежде всего, на использование всех возможностей для спасения пациента, ибо всегда должна оставаться надежда на благоприятный исход.

Отечественное законодательство предусматривает право пациента на информированное добровольное согласие медицинского вмешательства, а также на отказ от него. Данная норма закреплена в ст. 32 «Основ» [5]. Несомненно, при возникновении ургентной ситуации, врачи могут и обязаны оказывать медицинскую помощь без согласия пациента, соответствующим образом оформив необходимую медицинскую документацию.

Но как быть с больным, длительно находящимся в крайне тяжелом или терминальном состоянии на фоне искусственного замещения жизненноважных функций? Закон предусматривает возможность отказа пациента или его законных представителей от медицинского вмешательства, что отражено в ст. 33 «Основ»: «Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником» [5]. Что делать врачу в ситуации, когда «по закону» он обязан продолжать оказывать пациенту необходимую помощь, но близкие родственники пациента, как его законные представители, настаивают на прекращении каких-либо медицинских вмешательств, чтобы не продлевать страдания?

Действия анестезиолога-реаниматолога, направленные на прекращение страданий пациента в подобном состоянии, квалифицируются, как эвтаназия, что напрямую запрещено ст. 45 «Основ»: «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. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации» [5].

На какие критерии в подобных ситуациях ориентироваться врачам, как определить необходимость продолжения методов реанимации и интенсивной терапии или их прекращения? В данном случае ст. 46 «Основ» отправляет врача к приказам Минздрава: «Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером). Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации» [5].

Данные вопросы законодательно определены в приказах Минздрава РФ № 460 от 20.12.2001 г. «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» [6] и № 73 от 4.03.2003 г. «Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий» [7].

Что касается установления диагноза смерти мозга, то в этом вопросе Инструкция дает четкие диагностические критерии. В частности, установлено первое и непереносимое условие установления диагноза смерти мозга, которое заключается в доказательстве отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу, интоксикаций, метаболических нарушений (в том числе, тяжелых электролитных, кислотно-основных, а также эндокринных) и инфекционных поражений мозга. Кроме того, в данной Инструкции в полной мере очерчен комплекс объективных клинических критериев, наличие которых обязательно для установления диагноза смерти мозга, а также дополнительные тесты к комплексу клинических критериев (ЭЭГ, контрастная двукратная панангиография четырех магистральных сосудов головы) [6].

Как видно, в случае достоверной смерти мозга, при наличии всех критериев, указанных в Инструкции, врач юридически защищен при констатации смерти человека и прекращении реанимационных мероприятий при условии полного и правильного оформления соответствующей документации. Но в случаях, о которых говорилось ранее, данная Инструкция неприменима по ряду причин. Во-первых, для адаптации пациентов с респиратором используются миорелаксанты и седативные препараты, во-вторых, у боль-

шинства пациентов имеют место выраженные электролитные, кислотно-основные и эндокринные нарушения. Поэтому решение вопроса о прекращении реанимационных мероприятий в данном случае на основании указанной Инструкции будет неправомерным.

В данной ситуации законодатель отправляет врачей к Приказу Минздрава РФ № 73 «Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий». Данная инструкция определяет критерии наступления биологической смерти, такие, как функциональные, инструментальные, биологические и трупные признаки. В Инструкции указаны основания для констатации смерти человека: смерть мозга или биологическая смерть. Что касается прекращения реанимационных мероприятий, то согласно Инструкции они прекращаются только при признании этих мер абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, либо неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 минут [7]. Возникает вопрос, на основании каких признаков можно судить о бесперспективности всех проводимых мероприятий на этапе дальнейшего поддержания жизни? В данном случае в решении этого вопроса будет большая доля субъективного, вследствие того, что каждый врач опирается на свои знания, накопленный опыт, интуицию, которые у всех, как известно, разные.

Регламентирует инструкция и такой вопрос, когда реанимационные мероприятия не проводятся. Наличие признаков биологической смерти сомнения не вызывает, так же как и наступление состояния клинической смерти на фоне неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью. Однако при прогрессировании каких именно неизлечимых заболеваний можно не проводить реанимационные мероприятия, а при каких — нужно? Какова должна быть степень декомпенсации заболевания? Ведь неизлечимых заболеваний много, а, как показывает опыт, при некоторых из них реанимационные мероприятия бывают успешны. Так что данный вопрос может решаться, основываясь на субъективном мнении врача.

Но, кроме уголовной ответственности, врач не освобождается от обязанности по возмещению ущерба, привлечения к дисциплинарной, административной ответственности.

Согласно ст. 124 Уголовного Кодекса не проведение реанимационных мероприятий там, где они обоснованы и необходимы, квалифицируется, как неоказание помощи больному. И наказание за такое деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного, включает в

себя лишение свободы без права заниматься врачебной деятельностью на определенный срок. Следует отметить, что в уголовном праве существует понятие «презумпции невиновности» и бремя доказывания вины врача, если она есть, лежит на противоположной стороне или соответствующих органах [8].

Иначе обстоит дело в гражданском законодательстве, согласно которому вред, причиненный личности, подлежит возмещению лицом, причинившим вред, а бремя доказывания своей невиновности лежит в данном случае на враче (ст. 1064 Гражданского Кодекса). Таким образом, перед врачом может возникнуть и материальная ответственность перед третьими лицами, понесшими ущерб в результате смерти кормильца (ст. 1088 Гражданского Кодекса) [9].

Известны гражданские дела по судебным искам граждан к лечебно-профилактическим учреждениям о возмещении вреда в случае смерти родственников. Суммы, указанные в исках, достаточно велики. В такой ситуации у врача, при определенных обстоятельствах, может возникнуть материальная ответственность перед работодателем, что указано в ст. 238 Трудового Кодекса [10].

Итак, при существующей правовой незащищенности медицинских работников, особенно в отрасли медицины критических состояний, вопрос о соблюдении отечественного протокола сердечно-легочной реанимации становится край-

не актуальным. В последнее время все чаще встает вопрос о страховании профессиональной ответственности врачей, позволяющий хоть как-то снять или уменьшить бремя их ответственности [11]. На наш взгляд, наиболее оптимальными для применения в практической деятельности не только врачей анестезиологов-реаниматологов, но и врачей других специальностей, в настоящее время являются разработанные НИИ общей реаниматологии РАМН методические рекомендации по проведению сердечно-легочной реанимации [12]. Разумеется, в каждой конкретной ситуации, с учетом того или иного патологического процесса, действия врачей могут отличаться от определенного алгоритма, однако сама концепция соблюдения протокола сердечно-легочной реанимации должна, по нашему мнению, соблюдаться неукоснительно. Только при соблюдении этого условия врач может сделать все возможное для спасения жизни больного. К сожалению, приходится констатировать тот факт, что врачи других специальностей зачастую имеют весьма посредственное представление о правильной методике проведения сердечно-легочной реанимации. Именно поэтому анестезиологи-реаниматологи должны как сами неукоснительно следовать существующим в настоящее время наработкам по данному вопросу, так и широко внедрять их в деятельность врачей других специальностей, ибо жизнь человека всегда остается высшей ценностью.

Литература

1. *Зильбер А. П.* Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск: Издательство ПГУ; 1998.
2. *Зильбер А. П.* Трактат об эвтаназии. Петрозаводск: Издательство ПГУ; 1998.
3. Конституция Российской Федерации (с изм. от 25.03.2004). Российская газета, 1993: N 237.
4. Всеобщая Декларация прав человека. Международное публичное право. Сб. док. М: БЕК; 1996; I; 460–464.
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Закон от 22.07.1993, № 5487 – 1 (в ред. от 02.12.2000, № 139 – ФЗ).
6. Приказ МЗ РФ от 20.12.2001 № 460 Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга. Российская газета, 2002: N 18.
7. Приказ МЗ РФ от 4.03.2003 N 73 Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий. Российская газета, 2003: N 72.
8. Уголовный Кодекс Российской Федерации. Ростов-на-Дону: Феникс; 2004.
9. Гражданский Кодекс Российской Федерации. СПб: Питер; 2003.
10. *Орловский Ю. П.* Комментарий к Трудовому Кодексу Российской Федерации. М.: Юридическая фирма КОНТРАКТ; ИНФРА М; 2002.
11. *Бобров Б. Э., Краснова М. Н., Коротких Р. В. и др.* Концептуальные и правовые основы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. М: Глобус; 1998.
12. *Мороз В. В., Богоявленский И. Ф., Богусевич М. С. и др.* Сердечно-легочная реанимация (метод. указ.) / Разраб. НИИ общей реаниматологии РАМН. М: Издательство РАМН; 2000.

Поступила 24.10.05