ПЛОД КАК ПАЦИЕНТ: ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

О.Э. Миткинов[1], В.И. Горбачев[2]

[1] ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр» МЗ РБ, Улан-Удэ
[2] Иркутская государственная медицинская академия постдипломного образования — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Иркутск

Продолжается совместная работа Национальной медицинской палаты и Следственного комитета над проектом специальной статьи в Уголовный кодекс РФ, в рамках которой будут расследовать дела медицинских работников. Предложенная редакция дополнений к статье 124 вызвала возражения со стороны медицинского сообщества. Главным вопросом является правомерность позиции считать нерожденного ребенка субъектом уголовного права. Существуют серьезные разногласия и в правовом, и в медицинском сообществах по вопросу о том, с какого момента возникает право на жизнь. Правовой статус рождающегося ребенка должен быть определен в соответствующих нормативных актах, к разработке которых следует привлекать общественные организации профессиональных специалистов.

- **Ключевые слова:** право на жизнь, новорожденный ребенок

Для корреспонденции: Миткинов Олег Эдуардович — д-р мед. наук, заместитель главного врача по педиатрической помощи ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр» минздрава РБ, Улан-Удэ; e-mail: moe.68@mail.ru

Для цитирования: Миткинов О.Э., Горбачев В.И. Плод как пациент: правовые коллизии критических состояний в акушерстве и неонатологии. Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2018;4:26–9.

FETUS AS A PATIENT: LEGAL COLLISIONS OF CRITICAL CONDITIONS IN OBSTETRICS AND NEONATOLOGY

O.E. Mitkinov[1], V.I. Gorbachev[2]

[1] Republican Perinatal Center, Ministry of Health of the Republic of Buryatia of the Russian Federation Ulan-Ude
[2] Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education — Branch Campus of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Irkutsk

There is a joint work of the National Medical Chamber and the Investigative Committee of Russia on a draft special article in the Criminal Code of the Russian Federation, within the framework of which they will investigate the cases of medical workers. The proposed revision of the Article 124 raised objections from the medical community. The main issue is the legitimacy to consider the unborn child a subject of criminal law. There are serious disagreements in the legal and medical communities on the question of when the right to life arises. The legal status of a born child should be defined in the relevant regulations, the development of which should involve public organizations of professional specialists.

- ***Keywords:*** the right to life, newborn

For correspondence: Oleg Eduardovich Mitkinov — Dr. Med. Sci., Republican Perinatal Center of the Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan, Ulan-Ude; e-mail: moe.68@mail.ru

For citation: Mitkinov O.E., Gorbachev V.I. Fetus as a patient: legal collisions of critical conditions in obstetrics and neonatology. Alexander Saltanov Intensive Care Herald. 2018;4:26–9.

DOI: 10.21320/1818-474X-2018-4-26-29

Качество жизни ребенка не всегда было важной проблемой общества. Большую часть истории человечества младенцы не имели гражданских прав, включая право на жизнь. Необходимо было продемонстрировать способность к развитию в младенчестве и показать свою потенциальную ценность для общества. В новейшее время вызрело убеждение, что оказание помощи всем жизнеспособным детям является желаемой социальной целью. Стремительное развитие медицинских технологий выхаживания новорожденных детей привело к появлению шансов на выживание и сохранение качества жизни у детей, ранее считавшихся бесперспективными. Однако и на современном этапе на прогнозирование качества жизни новорожденного ребенка влияют культурные и социально-экономические условия.

В нашей стране последовательно выполняются мероприятия, направленные на стимуляцию рождаемости и повышающие правовую охрану родовспоможения и детства. Отметим указ Президента Российской Федерации об объявлении 2018–2027 гг. Десятилетием детства. Основными вопросами при реализации данной стратегии являются ясельное обеспечение детей, поддержка материнства, детства и демографии.

Но у данной медали есть и оборотная сторона. Сегодня не существует уголовной ответственности за гибель ребенка до момента его рождения, и при этом к сфере акушерства и неонатологии относится почти треть всех жалоб, поступающих в правоохранительные органы. В связи с этим Следственный комитет Российской Федерации выступил с предложением рассматривать ятрогению против плода как убийство.

В 2017 г. с целью урегулирования правовых вопросов в здравоохранении была создана совместная рабочая группа Национальной медицинской палаты и Следственного комитета. Позиция Следственного комитета заключалась в том, что ст. 109, 118 и 238 Уголовного кодекса, по которым в основном судят врачей, не учитывают специфику их профессиональной деятельности, поэтому надо не привлекать их к ответственности по этим трем статьям, а все сконцентрировать в дополнениях к ст. 124 УК РФ.

Был разработан первый промежуточный вариант дополнений к ст. 124: 124.1, 124.2 и 124.3. Затем к обсуждению содержания проекта статей было привлечено профессиональное сообщество, которое высказало ряд существенных замечаний. Особые претензии у профессионалов были к ст. 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)» и, в частности, к положению: «Нарушение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, если это повлекло по неосторожности гибель плода человека и/или причинение тяжкого вреда здоровью».

Возникает вопрос: насколько правомерно считать плод человека субъектом уголовного права?

Обратившись к Конституции Российской Федерации, находим (ст. 17, ч. 2): «Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому с рождения». В ст. 20 Конституции — «Каждый имеет право на жизнь», и в комментарии 1.1. к данной статье — «Право на жизнь относится к основным неотчуждаемым, принадлежащим каждому от рождения универсальным правам» [1].

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, в ст. 53 «Рождение ребенка», указано: в пункте 1 — «Моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов»; и в пункте 3 той же статьи — «Медицинские критерии рождения... утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» [2].

Разногласия и в правовом, и в медицинском сообществах существуют по обоим пунктам ст. 53.

Первый вопрос: что считать моментом рождения ребенка? Роды — процесс достаточно длительный и включает период раскрытия маточного зева (схватки), период изгнания плода и собственно послеродовой. Принципиально из правовой сферы выпадают фактически два первых периода. Существует два противоположных мнения по вопросу о том, с какого момента возникает право на жизнь и, соответственно, с какого момента начинается уголовно-правовая охрана жизни.

Согласно первой точке зрения жизнь имеет место только после полного отделения плода от организма матери при условии соответствия его критериям живорожденности. Любой вред, причиненный до этого момента, не может считаться преступлением против жизни и влечь наступление уголовной ответственности.

Согласно же второй точке зрения право на жизнь возникает одновременно с началом физиологических родов. Рождением ребенка следует считать не момент полного изгнания или извлечения младенца из организма роженицы, а момент наступления первых родовых схваток у беременной женщины, когда только начинается процесс отделения плода от материнского организма. Соответственно, деяние, совершенное медицинским работником и приведшее к смерти рождающегося плода (т. е. к интранатальной гибели плода), должно признаваться преступлением против жизни.

Вторая точка зрения выглядит современной и гуманной. Однако, согласно статистическим данным, в России проходит более 1 млн 800 тыс. родов в год, мертворождаемость в 2016 г. в среднем составила 5,73 на тысячу родившихся детей [3]. Таким образом, в год это более 10 тыс. потенциальных уголовных дел против врачей, допустивших мертворождение. Современные методы перинатальной диагностики в большинстве случаев не позволяют точно установить причины гибели плода. Гипоксия плода может быть связана с десятком различных внутриутробных состояний, которые не зависят от действия или бездействия врача.

Европейский суд по правам человека также не рассматривает плод человека как субъект права, постановляя, что данный вопрос находится в пределах свободы усмотрения каждого государства, в котором возникает такой вопрос.

Еще большие возражения вызывает примечание к предложенной Следственным комитетом ст. 124.1: «… под плодом человека понимается внутриутробно развивающийся организм с 9-й недели беременности до рождения».

Действительно, к 9-й неделе внутриутробного развития происходит дифференциация систем и органов, что служит одним из критериев превращения эмбриона в плод. Однако признание права на жизнь с 9-й недели внутриутробного развития противоречит действующему законодательству.

В ст. 56 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указано [2]:

1) каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве;
2) искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель;

3) искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до 22 недель;
4) искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний проводится независимо от срока беременности.

Последний пункт показывает, что при наличии медицинских показаний беременность прерывается в интересах здоровья матери, игнорируя при этом плод.

В настоящее время в российской юридической литературе встречается точка зрения о том, что право на жизнь возникает, когда плод готов к продолжению жизни вне утробы матери, и, следовательно, уголовно-правовая охрана человеческой жизни должна начинаться с этого момента.

Критерии рождения сформулированы в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.01. 2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» [4]. Напомним, что данные критерии воспроизводят рекомендации Всемирной организации здравоохранения для статистической обработки данных о родившихся детях.

В настоящее время в мировой медицинской литературе широко обсуждается необходимость принятия решения, каким новорожденным следует проводить интенсивную терапию или оказывать паллиативную помощь. Американская академия педиатрии предлагает с учетом мнения родителей не проводить реанимационные мероприятия и интенсивную терапию новорожденным, родившимся на сроке беременности менее 23 недель и имеющим массу тела менее 400 г [5]. В Голландии отказываются поддерживать жизнь детям, рожденным до 25-й недели гестации [6]. В Норвегии интенсивную терапию оказывают с 24-й недели [7].

В Австралии и Новой Зеландии интенсивная терапия детей в возрасте 23–25 недель согласовывается с родителями [8]. В Канаде принято оказывать паллиативную помощь при гестационном возрасте 22–24 недели, а интенсивную терапию — с 25-й недели при согласии родителей [9]. Во Франции установили, что на сроке гестации 26 недель и более реанимационная помощь должна оказываться всем детям, в 24 недели и менее показана паллиативная помощь, для детей «серой зоны», т. е. 25 недель, тактика пока не разработана [10].

Следует отметить, что вышеприведенные рекомендации в большинстве стран не подтверждены нормативными актами, и часто встречаются отклонения от них. Общая тенденция такова, что если правительство считает целесообразным и оплачивает интенсивное выхаживание детей, то лечение следует проводить только в высокоспециализированных перинатальных центрах.

В нашей стране юридически закреплено обязательное проведение реанимационных мероприятий в полном объеме у детей начиная с 22-й недели гестации независимо от уровня родовспомогательного учреждения, а также согласия или несогласия родителей. Оправданна ли столь жесткая постановка вопроса?

С финансовой точки зрения встают вопросы: какую долю от общего бюджета здравоохранения следует вложить в неонатологию? Оправданны ли столь большие затраты на проведение интенсивной терапии детям, родившимся на сроке гестации менее 26 недель? Какова должна быть финансовая поддержка родителей больного ребенка, скорректированная на каждый год его жизни?

С юридической точки зрения, учитывая инициативу Следственного комитета, вполне возможно ожидать шквала жалоб по поводу интранатальной гибели плода, особенно после 22-й недели гестации.

Конечно же, мы должны рассматривать возникающие медицинские и правовые вопросы в отношении преждевременных родов с позиции гуманности. Но, в зависимости от срока гестации, не для каждого плода, к сожалению, современные медико-технические возможности являются адекватным источником жизнеобеспечения на период адаптации к внеутробной жизни.

Приказать выхаживать глубоко недоношенных младенцев и дать врачам возможность это делать — очень разные вещи. Этические вопросы при этом касаются интересов общества, родителей ребенка и самого ребенка. Самым сложным моментом является тот факт, что точно спрогнозировать все проблемы со здоровьем сразу после рождения ребенка очень проблематично. Правовой статус рождающегося ребенка должен определяться в соответствующих нормативных актах. Существующие на сегодня в России документы вызывают множество разногласий как в медицинской, так и в правовой среде. Разработкой данных документов на примере мировой практики должны заниматься не судебные или следственные органы, не исполнительные органы в лице Министерства здравоохранения, а общественные организации профессиональных специалистов.

Специфика проблем, связанных с правами человека и биоэтикой, состоит в том, что развитие и поощрение какой-либо медицинской отрасли без адекватных юридических механизмов может иметь необратимые и трудно предсказуемые последствия как для отдельно взятого государства, так и для человечества в целом.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Вклад авторов. Миткинов О.Э. — концепция, написание текста статьи; Горбачев В.И. — дизайн, написание текста статьи, редактирование.

ORCID авторов
Горбачев В.И. — 0000-0001-6278-9332
Миткинов О.Э. — 0000-0002-9553-6574

Литература/References

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ, от 30.12.2008 № 6-ФКЗ и № 8-ФКЗ). [Constitution of the Russian Federation. (In Russ)]
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации». [Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ (as amended on 08.03.2018) “On the basis of the protection of the health of citizens in the Russian Federation”. (In Russ)]
3. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2016 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения. Москва, 2017. [Key performance indicators of the obstetric and gynecological service in the Russian Federation in 2016. Ministry of Health of the Russian Federation. Department of medical care for children and obstetric services. Moscow, 2017. (In Russ)]
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н (ред. от 02.09.2013) «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи». [Order of the Ministry of Healthcare of Russia dated December 27, 2011 No. 1687n (as amended on September 2, 2013) “On medical criteria for birth, form of birth certificate and procedure for issuing it”. (In Russ)]
5. *MacDonald H*. Perinatal care at the threshold of viability. Pediatrics. 2002; 110(5): 1024–1027. DOI: 10.1542/peds.110.5.1024.
6. *Sheldon T*. Dutch doctors change policy on treating preterm babies. British Medical Journal. 2001; 322(7299): 1383. DOI: 10.1136/bmj.322.7299.1383.
7. *Stensvold H.J. et al*. Neonatal morbidity and 1-year survival of extremely preterm infants. Pediatrics. 2017; 139(3): pii e20161821. DOI: 10.1542/peds.2016–1821.
8. *Glass H.C. et al*. Outcomes for extremely premature infants. Anesthesia and analgesia. 2015; 120(6): 1337–1351. DOI: 10.1213/ANE.0000000000000705.
9. *Desfrere L*. Extremely preterm infants: resuscitation criteria in the delivery room and dialogue with parents before birth. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction. 2004; 33(Suppl. 1): S84–S87. DOI: 10.1016/S0368–2315(04)96671–9.
10. *Moriette G*. Very premature births: Dilemmas and management. Part 1. Outcome of infants born before 28 weeks of postmenstrual age, and definition of a gray zone. Archives de pédiatrie: organe officiel de la Société française de pédiatrie. 2010; 17(5): 518–526. DOI: 10.1016/j.arcped.2009.09.025.

Поступила 15.10.2018