

Пассивная эвтаназия и прекращение терапии, поддерживающей жизнь, в социокультурных дискурсах западных стран и России: историко-философский анализ

Р. Е. Тарабрин*

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России, Россия, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Для цитирования: Р. Е. Тарабрин. Пассивная эвтаназия и прекращение терапии, поддерживающей жизнь, в социокультурных дискурсах западных стран и России: историко-философский анализ. *Общая реаниматология*. 2026; 22 (2): 56–65. <https://doi.org/10.15360/1813-9779-2026-2-2660> [На русск. и англ.]

*Адрес для корреспонденции: Тарабрин Роман Евгеньевич, Tarabrin_r_e@staff.sechenov.ru

Резюме

Пассивная эвтаназия и прекращение терапии, поддерживающей жизнь (ТПЖ), в современной российской практике оказываются нормативно неразличимыми, что порождает этические, юридические и клинично-практические коллизии для врачей отделений интенсивной терапии и усиливает моральный дистресс медицинского персонала.

Цель исследования — прояснить различия между активной, пассивной эвтаназией и прекращением бесперспективной ТПЖ, а также показать, почему в российском законодательстве и профессиональных дискурсах эти различия не учитываются.

Материалы и методы. В исследование включили зарубежные и российские биоэтические, правовые тексты. Провели качественный анализ историографии, дополненный структурно-тематическим анализом философских дилемм, связанных с концом жизни.

Результаты. В ходе анализа выделили три ключевые линии разграничения: 1) между активным убийством и допущением смерти через отказ от вмешательства; 2) между пассивной эвтаназией и этическим прекращением ТПЖ; 3) между намерением врача ускорить смерть и намерением устранить медицинское препятствие естественному процессу умирания при готовности продолжать помощь, если пациент выживает. Показали, что российская правовая норма, фактически криминализирующая любые формы прекращения ТПЖ, сформировалась на фоне недостаточной рефлексии этих различий и приводит к расхождению между нормативным языком и реальной клинической практикой, где врачи вынуждены документально оформлять проведение лечения, однако на практике его опускать или изменять.

Заключение. Интеграция в российский контекст более тонких критериев оценки намерения, причинности и бесполезности лечения, разработанных в западной биоэтике, в сочетании с учетом локальных социокультурных контекстов и религиозных традиций, является необходимым условием для формирования последовательной модели регулирования конца жизни, снижающей моральный дистресс врачей и повышающей доверие пациентов к медицинским решениям.

Ключевые слова: пассивная эвтаназия; активная эвтаназия; бесперспективность лечения; биоэтика; история медицины

Финансирование. Статью подготовили в рамках работы по гранту РНФ «Российский дискурс биоэтики в социокультурной трансформации общества» (25-28-02272).

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Passive Euthanasia and the Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in the Sociocultural Discourses of Western Countries and Russia: a Historical and Philosophical Analysis

Roman. E. Tarabrin*

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, 8 Trubetskaya Str., Bldg. 2, 119991 Moscow, Russia

Summary

Passive euthanasia and the withdrawal of life-sustaining treatment (LST) in modern Russian practice are normatively indistinguishable, leading to ethical, legal, and clinical-practical conflicts for intensive care physicians and increasing the moral distress among healthcare staff.

The purpose of this research is to clarify the distinctions between active and passive euthanasia and the cessation of futile life-sustaining treatment, as well as to demonstrate why these distinctions are not taken into account in Russian legislation and professional discourse.

Materials and Methods. The study included foreign and Russian bioethical and legal texts. A qualitative analysis of the historiography was conducted, supplemented by a structural-thematic analysis of the philosophical dilemmas associated with the end of life.

Results. The analysis identified three key lines of demarcation: 1) between active killing and allowing death through the refusal of intervention; 2) between passive euthanasia and the ethical cessation of LST; 3) between the physician's intention to hasten death and the intention to remove medical obstacles to the natural process of dying while being willing to continue assistance if the patient survives. It was shown that the Russian legal norm, which effectively criminalizes any forms of cessation of medical treatment, has developed against the backdrop of insufficient reflection on these distinctions and leads to a discrepancy between normative language and actual clinical practice, where doctors are forced to document treatment provision but often omit or alter it in practice.

Conclusion. The integration into the Russian context of more nuanced criteria for assessing intention, causality, and futility of treatment, developed in Western bioethics, combined with consideration of local sociocultural contexts and religious traditions, is a necessary condition for developing a coherent end-of-life regulation model that reduces moral distress for physicians and enhances patient trust in medical decisions.

Keywords: *passive euthanasia; active euthanasia; futility of treatment; bioethics; history of medicine*

Funding. The article was prepared as part of the work on the RSF grant «Russian Discourse on Bioethics in the Sociocultural Transformation of Society» (25-28-02272).

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Информация об авторах / Information about the authors:

Тарабрин Роман Евгеньевич / Roman E. Tarabrin: <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>

Read the full-text English version at www.reanimatology.com

Введение

Длительное нахождение в коме неизлечимых больных имеет ряд социо-экономических и медицинских последствий. Во-первых, медицинский персонал понимает бесполезность проводимых мероприятий, что провоцирует моральный дистресс, усугубляет профессиональное выгорание и приводит к небрежному, формальному уходу за такими больными [1]. Во-вторых, подобные пациенты занимают дефицитную реанимационную койку, за каждый день нахождения в которой тратятся деньги налогоплательщиков [2].

Более того, рассмотрение перевода в реанимацию более перспективных больных становится более сложным, если остальные койки заняты. Биоэтический принцип справедливости распределения дефицитных медицинских ресурсов требует обоснования нахождения некурабельных больных в отделениях реанимации [3, 4]. Кроме того, сопутствующие осложнения, которые впоследствии наиболее вероятно приведут к смерти, заставляют тратить дополнительные медицинские ресурсы на компенсацию состояния данных пациентов.

И наконец, невозможность общения родственников с такими больными, и состояние неопределенности становятся дополнительным источником конфликтов с врачами [2]. Врачи выражают свое внутреннее противоречие следующим образом: «Мы обязаны продолжать лечение в полном объеме, при остановке сердечной деятельности проводить сердечно-легочную реанимацию (СЛР) — делать все для предотвращения неблагоприятного исхода» [2]. Они понимают бесполезность действий, но должны предоставлять полный объем медицинского вмешательства [5].

Врачебное сообщество не может реализовать свое понимание лечения таких пациентов из-за господствующего этического и правового восприятия прекращения агрессивного лечения подобных больных в качестве эвтаназии. Например, ст. 45 ФЗ 323 не делает различие не только между прекращением бесполезного лечения у неизлечимых терминальных больных и пассивной эвтаназии, но и между активной и пассивной эвтаназией. В частности, она четко запрещает все формы ускорения смерти: «Медицинским работникам 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» (Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г., ст. 45) [6].

Таким образом, согласно закону, все формы прекращения жизнеобеспечивающих мер, даже если они не приведут к выздоровлению пациента, в равной степени запрещены как активная или пассивная эвтаназия [7]. Решение врача воздержаться от применения обременительного и бесполезного лечения умирающему пациенту может преследоваться по следующим статьям Уголовного кодекса: убийство (Уголовный кодекс Российской Федерации, статья 105) [8]; смерть по неосторожности в результате ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей (Уголовный кодекс Российской Федерации, статья 109) [8]; и неоказание помощи пациенту без уважительной причины лицом, обязанным оказывать помощь по закону или специальному правилу, если это повлекло причинение тяжкого вреда здоровью или смерть по неосторожности пациента (Уголовный кодекс Российской Федерации, статья 124) [8].

С другой стороны, российское законодательство признает право пациента отказаться от нежелательного лечения: «Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица [...] имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения» (Федеральный закон № 323-ФЗ от 2011 г., статья 20) [6]. Несмотря на кажущиеся законные возможности добровольного отказа от ненужного лечения, п. 9 статьи 2 того же закона ограничивает реализацию такого отказа, упоминая, что «медицинское вмешательство без согласия лица, одного из его родителей или иных законных представителей допускается, если медицинское вмешательство необходимо по неотложным показаниям для устранения угрозы жизни человека» (Федеральный закон № 323-ФЗ от 2011 г., статья 20 п. 9) [6].

Таким образом это положение возлагает на врачей исключительную ответственность за принятие решений у терминальных больных о прекращении обременительных и бесполезных с медицинской точки зрения вмешательств, включая сердечно-легочную реанимацию. Сходным образом И. В. Смолькова с соавт. [9] приводят аргументацию в поддержку положений российского законодательства, предусматривающего уголовную ответственность медицинских работников за действия или бездействие, квалифицируемые как неоказание помощи больному, повлекшее смерть пациента (ст. 124 УК РФ), даже в случаях клинически неэффективных и обременительных медицинских вмешательств. Следовательно, правовая система Российской Федерации не признает правомерности отказа от лечебных процедур, признанных неэффективными и обременительными. Данная нормативная позиция отражается в научном дискурсе: исследователи в академических публикациях зачастую не дифференцируют отказ от клинически нецелесообразного лечения и пассивную эвтаназию [9, 10].

Некоторые считают ответственными за такое негативное отношение закона к прекращению лечения религиозные институты РФ, в частности РПЦ [11]. Однако другие полагают, что позиция РПЦ напротив следует за законодательной нормой и потому в своей этической доктрине РПЦ также не различает различные виды эвтаназии [12, 13]. Гипотеза нашего исследования заключается в том, что на заре становления биоэтики в России отсутствие надлежащего биоэтического анализа того, что влечет за собой прекращение жизнеобеспечивающей терапии или иное активное или пассивное ускорение смерти пациента, привело к появлению противоречивых положений в российском законодательстве. Это предположение подтверждается рядом исследований [14–16].

В последние годы отмечается усиление интереса к эвтаназии. В частности Российский комитет по биоэтике в 2024 г. выпустил заявление, в котором предлагает провести широкое общественное обсуждение, сопровождаемое просветительской деятельностью: «Необходимо поддерживать подготовку популярных образовательных программ на телевидении, издание широкодоступной литературы, разъясняющий смысл эвтаназии как современной «медицинской практики» и тех моральных ценностей, которые могут определить осмысленный, нравственно обоснованный и политически эффективный ответ на эту острую проблему» [17].

Тем не менее, в профессиональной среде реаниматологов высказываются осторожные перспективы подобного рода инициативы [2], несмотря на то, что реалии медицинской практики показывают недостатки законодательства. Врачи отделений интенсивной терапии вынуждены либо прибегать к обману, чтобы сделать все по закону, но прекратить бесполезное обременительное лечение терминальных больных, либо просто игнорировать все упомянутые социальноэкономические и этические проблемы. Кроме морального дистресса в отделениях реанимации, это может привести в целом к потере доверия к медицинской профессии в России [18].

Чтобы избежать (или, по крайней мере, смягчить) такие недостатки в будущем, в академической литературе высказываются предположения, что российскому обществу стоит уделить больше внимания биоэтическому анализу того, что входит в конкретные формы принятия медицинских решений, связанных с лечением терминальных больных [19]. Только правовые нормы, основанные на таком анализе, могут быть достаточно последовательными, чтобы определить, какие действия должны быть запрещены, поощряться или разрешаться, в случае если подобного рода инициативы будут предприняты в будущем [20].

Материал и методы

Исследование имело междисциплинарный характер, в него включили зарубежные и российские биоэтические, правовые тексты, в том числе использовали: Историография идей, А. Лавджой [21]; Специфика структуры религиозного дискурса, А. М. Прилуцкий, Л. Е. Андреева [22]; Discourse, ethics, public health, abortion, and conscientious objection in Croatia, A. Borovečki, S. Babić-Bosanac [23]. Провели структурно-тематический анализ философских диалог, связанных с концом жизни.

Результаты и обсуждение

Медицинские вмешательства, потенциально ускоряющие наступление летального ис-

хода, обусловлены различными мотивационными факторами. Они служат основанием для различия между активной эвтаназией, пассивной эвтаназией и отказом от медицинского лечения либо его прекращением в случае клинической неэффективности.

На основании анализа релевантной литературы и научных дискуссий относительно ведения терминальных пациентов предлагаются следующие виды разграничений:

1. между активной эвтаназией и отказом от клинически нецелесообразной терапии, где в первом случае врач инициирует новый патологический процесс, приводящий к летальному исходу, тогда как во втором случае происходит прекращение (или не предоставление) медицинского воздействия, препятствующего естественному течению процесса умирания;

2. устанавливается демаркация между пассивной эвтаназией (при которой медицинский работник целенаправленно приближает смерть пациента посредством отказа от применения или прекращения ТПЖ) и отказом от клинически неэффективного лечения (даже если оно потенциально может привести к смерти);

3. акцентируется значимость намерения врача, то есть проводится различие между тем, действительно ли он, применяя, отказываясь или воздерживаясь от какого-либо медицинского воздействия, намеревается приблизить смерть, предвидит ее или просто учитывает риск летального исхода.

Эти три разграничения позволяют, в конечном счете, этически различить пассивную эвтаназию и прекращение ТПЖ. Под ТПЖ, следуя R. C. Macculey и соавт. [24], с. 136, мы подразумеваем виды лечения, которые, как достоверно известно, или на основании веских предположений можно считать, способны продлевать жизнь, в частности: искусственная вентиляция легких, гемодиализ, имплантируемые кардиостимуляторы или кардиовертер-дефибрилляторы, инфузия вазоактивных препаратов, экстракорпоральная мембранная оксигенация, в некоторых случаях антибиотикотерапия. Несмотря на то, что нутриционная поддержка относится R. C. Macculey и соавт. к ТПЖ, мы сознательно не включаем ее в наш анализ из-за существующего в биоэтических дебатах противоречия относительно того, считать ли ее медикаментозным вмешательством или реализацией кормления пациента.

Разница между активной эвтаназией и отказом от бесполезного медицинского лечения.

В деле *Vacco v. Quill* (1997) истцы утверждали, что между убийством человека и позво-

лением ему умереть не существует принципиального морального различия [25]. В поддержку позиции Тимоти Куилла группа философов представила заявление, в котором отмечалось, что «независимо от того, отключает ли врач аппарат искусственной вентиляции легких по просьбе пациента или назначает ему таблетки, которые тот может принять, когда будет готов покончить с собой, врач действует с одинаковым намерением: помочь пациенту умереть» [26]. Аргументация подобного рода могла быть использована и при формировании российского законодательства по отношению к эвтаназии, однако с противоположным нормативным выводом: все формы умышленного ускорения смерти пациента стали считать противоправными.

Кроме того, сторонники эвтаназии указывают на то, что различие между убийством и позволением умереть не обладает самостоятельным моральным значением. Так, M. Tooley [27] утверждает, что убийство считается более тяжким деянием, чем сознательное предоставление возможности умереть, главным образом из-за внешних обстоятельств, которые интуитивно заставляют воспринимать убийство как более возмутительное.

Он выделяет несколько таких обстоятельств:

1. мотив — стремление убить предполагает более злой умысел, чем отказ от спасения, даже если последний вызван ленью или небрежностью;

2. затраты — предотвращение убийства обычно требует меньшего риска или меньших затрат общественных ресурсов, чем поддержание жизни при неизлечимом заболевании;

3. вероятность смерти — при убийстве она существенно выше, чем при отказе от вмешательства.

Подводя итог, M. Tooley утверждает, что разница в моральной оценке убийства и позволения умереть обусловлена скорее внешними эмпирическими и психологическими факторами, нежели внутренней этической обусловленностью. Для иллюстрации он предлагает гипотетическую ситуацию с двумя детьми, Мэри и Джоном, запертыми в автомобиле с одной кнопкой управления внутри. Если кнопку нажать, Мэри будет спасена, а Джон погибнет; если кнопку не нажимать, Мэри получит смертельные травмы, а Джон останется жив. Поскольку в этой ситуации отсутствуют различия в мотивах, рисках и вероятностях, M. Tooley делает вывод, что убийство и позволение умереть являются морально эквивалентными.

Некоторые авторы пытались обосновать эквивалентность между действием и бездей-

ствием, опираясь на известный пример J. Rachels [28] с «тонущими детьми». В обоих сценариях двое взрослых стремятся получить наследство, устранив своих малолетних племянников. Различие между ситуациями состоит в том, что в первом случае взрослый активно топит ребенка в ванной, тогда как во втором ограничивается бездействием, позволяя племяннику утонуть. По J. Rachels, оба человека несут равную моральную ответственность за гибель ребенка, несмотря на то что различие между прямым действием и пассивным непринятием мер кажется существенным лишь на уровне описания поступков

W. Cartwright [29] анализирует трудности проведения четкой границы между убийством и допущением смерти и, соответственно, ту легкость, с которой эти две категории смешиваются (как в примерах M. Tooley и J. Rachels). Он утверждает, что речь идет не об однородных понятиях, а о «гетерогенных группах, содержащих различные варианты, так что некоторые варианты в одной категории близки к вариантам в другой». Поскольку отдельные варианты из группы убийства и из группы допущения смерти иногда оказываются сходными или даже пересекающимися, может складываться впечатление, что между группами не существует никакой моральной разницы. Однако такие единичные совпадения нельзя обобщать и безоговорочно распространять на все случаи убийства и допущения смерти.

Такое пересечение возможно потому, что акт убийства может принимать как активную форму — инициирование нового смертельного события, так и пассивную — воздержание от действия, способного предотвратить причинение вреда. Аналогично, допущение смерти может осуществляться не только пассивно, через невмешательство в уже происходящее вредоносное событие, но и активно — посредством удаления препятствий, замедляющих процесс умирания. С этой точки зрения, случай J. Rachels, где взрослый сознательно отказывается спасти тонущего ребенка, представляет собой бездействие, фактически эквивалентное убийству, поскольку субъект имел возможность предотвратить смерть, но предпочел этого не делать. В примере M. Tooley, напротив, нажатие кнопки не создает нового смертельного события, а лишь перенаправляет уже развивающееся, демонстрируя тем самым видимую моральную эквивалентность между убийством и допущением смерти.

Разница между пассивной эвтаназией и прекращением бесполезного лечения.

Как пассивная эвтаназия, так и прекращение ТПЖ (или его неначинание) имеют общую

черту: доступное спасающее жизнь вмешательство не проводится. Таким образом, они оба могут рассматриваться как способы «позволить пациенту умереть». Как можно провести моральную грань между ними?

W. Cartwright подчеркивает значимость выявления подлинной причины летального исхода, проводя разграничение между активным лишением жизни и пассивным невмешательством: «Убийство человека предполагает инициирование смертельной причинно-следственной цепочки, тогда как допущение смерти человека предполагает допущение развития существующей смертельной причинно-следственной цепочки. В первом случае причиной смерти является человек, инициировавший смертельную цепочку, во втором — сама смертельная цепочка, а не человек, позволивший ей продолжиться» [29].

Таким образом, когда речь идет о пассивном невмешательстве в уже протекающий смертельный процесс, определяющим фактором для установления истинной причины смерти становится намерение действующего субъекта, а не объективные обстоятельства. Субъект может считаться действительной причиной летального исхода в том случае, если его отказ от оказания помощи сопровождается намерением ускорить смерть пациента или мотивирован корыстным интересом (например, желанием получить наследство умирающего) при наличии объективной возможности изменить ход событий. В подобной ситуации намерение субъекта становится решающим каузальным элементом, позволяющим смертоносным обстоятельствам реализоваться.

Противоположный случай представляет врач, принимающий решение о прекращении медицинского вмешательства на основании клинической нецелесообразности такого вмешательства и его обременительности для пациента. Здесь отсутствует намерение умертвить, поскольку целью врача выступает именно отказ от клинически бесполезных процедур, а не достижение смерти больного. Критерием отсутствия намерения убить служит готовность врача принять возможную ситуацию, что даже после прекращения ТПЖ пациент продолжает жить — такая установка свидетельствует о том, что врач не преследовал цели ускорения смертельного исхода. При этом эта готовность должна выразиться в том, что врач продолжает лечение такого пациента.

Следовательно, решающим моральным критерием является намерение врача. В случае активной эвтаназии медицинский работник «создает новое, смертельное патофизиологическое состояние с конкретным намерением

вызвать смерть человека» [25]. Этот вид действий характеризуется одновременно наличием целенаправленного стремления к смерти пациента и совершением нового действия, непосредственно приводящего к смерти. Поэтому активную эвтаназию следует квалифицировать как форму убийства. Иная этическая структура наблюдается при отказе от лечения или его прекращении. Здесь возможны различные мотивации: если врач осознанно действует с целью прекратить жизнь пациента, его поступок также может расцениваться как убийство. Однако если медицинское вмешательство прекращается (или не начинается) по причине его чрезмерной обременительности, неблагоприятного воздействия или очевидной бесполезности в терминальной стадии заболевания, то врач не убивает, а лишь позволяет естественному процессу умирания завершиться. В этом случае причиной смерти должно считаться заболевание, а не бездействие врача.

Таким образом, убийство всегда остается морально недопустимым, тогда как отказ от вмешательства или его прекращение могут быть оценены по-разному — как этически неверный поступок (если есть намерение и цель прекратить жизнь больного) или как допустимый (если намерение состоит в признании естественной смертности человека и бессмысленности терапии в безнадежных случаях). Другими словами, если врач намеревается добиться смерти пациента путем прекращения лечения, поддерживающего жизнь, он виновен в пассивной эвтаназии. Намерение может включать особые мотивы, связанные, например, с соображениями распределения ресурсов (нужно освободить реанимационную койку для более перспективного больного) или личными интересами.

С другой стороны, если его решение отказаться от таких вмешательств или прекратить их мотивировано заботой о пациенте с неизлечимым терминальным заболеванием, и желанием избежать злоупотребления медициной, когда это лечение бесполезно, то его забота сосредоточена на самом пациенте и искусстве медицины, позволяя естественному процессу умирания идти своим ходом. Таким образом, если при отказе от лечения, позволяя процессу умирания протекать, врач обнаруживает, что пациент продолжает жить, и при этом врач не будет разочарован, а будет рад такому исходу и поэтому будет осуществлять медицинское сопровождение другим способом, то это означает, что перед прекращением лечения у врача не было намерения убить больного.

В данном разделе необходимо обсудить еще два момента. Первый — можно ли смеши-

вать первоначальное намерение с другими желаниями или убеждениями, связанными с планом прекращения невыносимых страданий? И второй — как оценивать злоупотребление медициной, тесно связанное с безрезультативностью лечения?

Что касается первого вопроса, следует отметить, что оценка намерений представляет собой крайне сложную проблему. Один и тот же врач может стремиться облегчить невыносимые страдания пациента, особенно в тех случаях, когда они не поддаются паллиативной терапии, и при этом вовсе не желать его смерти. Важно различать желания, убеждения и собственно намерения. Намерение предполагает внутреннюю установку врача, выражающуюся в определенном плане действий. Если врач руководствуется не только состраданием, но и намерением положить конец страданиям пациента путем его смерти, это намерение, неизбежно, проявится в его последующих действиях. Так, если прекращение чрезмерно обременительного лечения не приведет к смерти больного, врач с подобным намерением, скорее всего, будет действовать дальше в соответствии с ним — например, оставив пациента без необходимой медицинской поддержки либо сознательно предприняв другие действия, чтобы ускорить наступление смерти. Именно в подобных действиях раскрывается изначальное намерение.

Например, если после отключения аппарата искусственной вентиляции легких пациент начнет дышать самостоятельно, врач, не желающий его смерти, продолжит оказывать лечение в иной форме — без использования ИВЛ. Напротив, врач, осознанно желающий смерти пациента, после обнаружения спонтанного дыхания может предпринять активные действия по его прекращению, чтобы довести процесс до конца. Показательным примером служит дело Карен Куинлан. Если бы родственники Карен стремились не к прекращению чрезмерного лечения, а к ускорению ее смерти, они испытали бы разочарование, увидев, что после отключения от аппарата ИВЛ она продолжает дышать и жить. Однако они продолжали ухаживать за ней, и Куинлан прожила еще несколько лет. Именно поэтому их поступок был интерпретирован как «позволение умереть», а не как акт пассивной эвтаназии [30].

Относительно второго вопроса, касающегося определения бесполезности лечения, нам необходимо различать физиологическую, вероятностную и нормативную бесполезность. Несмотря на то, что понятие бесполезности имеет некоторые негативные коннотации [31], мы будем использовать этот термин для обозначения того, что бесполезное лечение не при-

носит пользы пациенту. Примером могут послужить агрессивное лечение терминальных больных (например, сердечно-легочная реанимация больных, погибающих от неизлечимой стадии рака).

Лечение признается физиологически бесполезным, если оно не может достичь своей терапевтической цели в принципе. Понятие вероятностной бесполезности подразумевает, что достижение цели возможно лишь в определенном проценте случаев. По наблюдению R. C. Maseuley, врачи расходятся в оценке того, какая вероятность успеха делает лечение оправданным [24]. Одни полагают, что любое, даже минимальное, предположение успеха исключает бесполезность вмешательства. Другие, напротив, считают лечение бесполезным, если вероятность положительного исхода не превышает 1–5%, то есть остается возможной, но крайне маловероятной. Наконец, есть исследователи, для которых даже 40–60% вероятности успеха недостаточно, чтобы считать лечение полезным. Таким образом, решение отказаться от бесполезного вмешательства может иметь совершенно разные основания и последствия для больного. Такая расплывчатость в определении вероятностной бесполезности несет серьезный этический риск. Если лечение лишь потенциально бесполезно, но при этом прекращается или не проводится вовсе, это может привести к ускорению смерти пациента и, тем самым, к неэтичному поступку. Однако исследователи подчеркивают, что даже случаи вероятной бесполезности — в еще большей степени, чем случаи физиологической, — неизбежно зависят от ценностных суждений [32].

Еще более сложной является нормативная бесполезность, основанная на ценностных убеждениях самого врача. Здесь оценка бесполезности зависит от «внутренней ценности самой цели» медицинского вмешательства [24]. Примером нормативной бесполезности является продолжение реанимационного лечения ребенка-анэнцефала [33].

Важность намерения.

Мы уже рассмотрели многие аспекты намерений врача, например, намерение ускорить смерть пациента по сравнению с намерением позволить ему умереть. Данный раздел имеет дело с правилом двойного эффекта, которое помогает провести различие между неэтичными и этичными намерениями. Намерение врача заслуживает строгого и последовательного рассмотрения. При этом следует помнить, что узнать, какие намерения существуют у людей, с том числе у врачей, отключающих ТПЖ, определенно невозможно. Однако подобного рода различие проводится при расследова-

нии убийств и выявлении смягчающих или отягчающих обстоятельств, а значит, не совершенно безуспешная процедура. Приводимое нами правило двойного эффекта в качестве критерия этичности отключения бесполезного лечения терминальных больных может способствовать этому.

Правило двойного эффекта утверждает, что если действие предпринимается для достижения положительного, желательного эффекта, но сопряжено с отрицательными, нежелательными рисками, и если вероятность положительного эффекта перевешивает риск отрицательного, то с этической точки зрения допустимо предпринять этот риск. В качестве примера использования правила двойного эффекта можно привести назначение опиоидов неизлечимо больному пациенту, смерть которого неизбежна, когда другие средства для облегчения невыносимой боли неэффективны. В случае, если отрицательный эффект опиоидов, угнетение дыхания, не является желаемой целью, но все-таки разовьется и в итоге ускорит смерть, то назначение опиоидов, согласно принципу двойного эффекта, было этически оправдано, т.к. отрицательный эффект предвиделся, но не входил в намерение врача.

Тем не менее, важно сказать про существующую критику правила двойного эффекта, которая также связана с определением намерения врача. Противники правила настаивают на важности чистоты намерений врача и его ответственности за последствия лечения. Поэтому они считают, что врач не может честно сказать, является ли его единственным намерением агрессивное лечение боли пациента, поскольку, подсознательно или нет, он может быть лично затронут страданиями такого пациента, вследствие чего может недооценивать риск ускорения смерти пациента. Противники правила двойного эффекта также утверждают, что такие дополнительные намерения создают риск косвенной или случайной эвтаназии.

Тем не менее, этот аргумент можно опровергнуть. При следовании правилу двойного эффекта врач, даже если он хочет укоротить полную страдания жизнь, все равно имеет первоочередное намерение облегчить невыносимые симптомы. Здесь важно обратить внимание на первичное намерение, а не на его чистоту. Более того, мы упомянули выше, что вторичные намерения даже не могут быть названы «намерениями». Они относятся к сфере желания — сострадательного желания положить конец невыносимым мучениям пациента. Разница между намерением и простым желанием заключается в том, что только первое предполагает сознательный план действий.

Обсуждение

Полученные результаты позволяют уточнить исходную гипотезу о том, что нормативная неразличимость пассивной эвтаназии и прекращения ТПЖ в российском праве обусловлена не только религиозными и культурными факторами, но прежде всего отсутствием на раннем этапе становления отечественной биоэтики детализированного анализа разных типов решений об окончании жизни. Это методологическое «слепое пятно» способствовало тому, что законодателю оказалось проще объявить незаконным любой способ ускорения смерти, чем пытаться институционализировать тонкие различия между убийством, пассивным допущением смерти и этическим отказом от бесполезного лечения.

В западных правовых и биоэтических курсах разграничение между активной эвтаназией, пассивной эвтаназией и прекращением бесполезного лечения формировалось именно как результат философских и клинических дебатов, в которых центральными стали категории намерения врача, причинности и бесполезности лечения. В российском же контексте биоэтические положения зачастую «импортируются» в виде готовых понятийных схем, но не встраиваются в реальную практику принятия решений в отделениях интенсивной терапии, что приводит к расхождению между нормативным языком и клинической реальностью.

Предложение использовать намерение врача как главный критерий разграничения пассивной эвтаназии и этического прекращения ТПЖ поднимает две группы проблем: эпистемологическую и институциональную. Эпистемологическая проблема связана с тем, что внутренние мотивы врача по определению недоступны прямому наблюдению и могут быть только ретроспективно реконструированы на основании внешних действий и последовательности клинических решений, как это уже происходит при оценке отягчающих/смягчающих обстоятельств в уголовном процессе. Институциональная проблема заключается в том, что современные российские правовые нормы фактически стимулируют врачей либо маскировать истинные мотивы (например, через фиктивные показания к продолжению терапии), либо формально продолжать бесперспективное лечение, чтобы избежать риска преследования по статьям УК РФ.

В западной литературе критика правила двойного эффекта показывает, что апелляция к «чистоте намерений» может быть психологически и практико-ориентированно несостоятельной, поскольку врач одновременно испытывает сострадание и субъектен к ограниченности

ресурсов, и к собственной моральной усталости. Однако анализ, предлагающий различать намерения и желания и оценивать именно планы действий, зафиксированные в поведении (например, реакцию врача на неожиданное выживание пациента после прекращения терапии), позволяет превратить понятие намерения из чисто внутренней категории в этический и юридический критерий. В этом смысле российская биоэтика могла бы интегрировать более тонкие версии правила двойного эффекта и связанных с ним концепций ответственности, не сводя их ни к субъективной «чистоте сердца», ни к формальному запрету любых действий, повышающих риск смерти.

Особое значение для российской дискуссии имеет разработка понятия «бесполезного» лечения, которое в отечественной литературе фактически отсутствует или подменяется морально нагруженными терминами вроде «отказа от помощи» или «пассивной эвтаназии». Детальное различение физиологической, вероятностной и нормативной бесполезности, зафиксированное в международных источниках, показывает, что решение о прекращении терапии неизбежно содержит ценностный компонент, но этот компонент может быть структурирован и проговорен в клинических рекомендациях, а не оставлен на уровне неявных индивидуальных оценок. В российском правовом поле, где формальное обсуждение бесполезности лечения отсутствует, врач оказывается в положении, когда любое ограничение терапии потенциально интерпретируется как преступное бездействие, несмотря на то, что в реанимационных отделениях фактически уже практикуются выборочные решения об ограничении медицинских процедур.

Это правовое молчание относительно бесполезности лечения усугубляет моральный дистресс медицинского персонала, увеличивает риск профессионального выгорания и подталкивает обойти так или иначе закон, что иногда включает документальные фикции и неявное изменение тактики лечения. Тем самым воспроизводится порочный круг: отсутствие концептуального и юридического языка для описания этического отказа от терапии ведет к правовому нигилизму и снижению доверия общества к медицинским решениям относительно конца жизни.

Продemonстрированное несоответствие между юридическим запретом любых форм ускорения смерти и реальными клиническими дилеммами свидетельствует о более общем напряжении между принесенной с запада биоэтикой и локальными социокультурными условиями. С одной стороны, Россия оказывается

включена в глобальные биоэтические дискуссии, где уже отработаны критерии разграничения эвтаназии и прекращения ТПЖ; с другой стороны, эти критерии вводятся на фоне отсутствия устойчивой традиции общественных дебатов о конце жизни и сильной роли государственных и религиозных деятелей в формировании нормативной повестки.

В этой ситуации апелляция к традиционным духовно-нравственным ценностям может играть двойственную роль. С одной стороны, она позволяет легитимизировать сопротивление легализации эвтаназии и в условиях экономического давления и дефицита ресурсов выразить опасения по поводу рассмотрения человеческой жизни как инструмента, которым обладает человек, достигая свои жизненные цели. С другой стороны, без четкого различения между эвтаназией и отказом от бесполезного лечения такой дискурс фактически закрепляет моральную и юридическую обязанность поддерживать жизнь любой ценой, что противоречит как базовым принципам благодеяния и не причинения вреда, так и самим традиционным представлениям о естественности смерти.

Заключение

Таким образом, можно предложить следующие критерии разграничения между пассивной эвтаназией и этическим прекращением ТПЖ, которые используются в западном социокультурном и правовом контексте: 1) если медицинский работник инициирует новый патологический процесс, приводящий к смерти пациента, он убивает пациента путем активной эвтаназии; 2) если он воздерживается от спасения жизни пациента, отказывая ему в доступном лечении или прекращая его с намерением приблизить смерть, то он осуществляет пассивную эвтаназию. При этом врач будет разочарован в случае, если пациент выживает после прекращения ТПЖ. С другой стороны, 3) если врач отказывается от лечения или прекращает

лечение пациента, которого он считает умирающим, потому что полагает, что лечение бесполезно с медицинской точки зрения и обременительно для пациента, врач не виноват в пассивной эвтаназии, а просто устраняет медицинское препятствие, мешающее естественному процессу умирания. В таких случаях он не будет разочарован, если процесс умирания неожиданно обратится вспять и жизнь пациента продлится хотя бы на небольшое время.

Кроме того, проведенный анализ подтверждает тезис о том, что этическое обсуждение должно предшествовать изменениям законодательства, а не быть их идеологическим сопровождением постфактум. В противном случае появляются внутренне противоречивые нормы, которые одновременно: 1) декларируют право пациента отказаться от лечения; 2) криминализируют любое прекращение ТПЖ; 3) не предлагают врачам рабочей концепции бесполезности. Использование междисциплинарного поля биоэтики в этом контексте должно быть направлено не только на теоретическое разграничение категорий, но и на анализ реально используемых врачами стратегий решения конфликтов в отделениях интенсивной терапии, включая их неофициальные практики и моральные аргументы.

Только на основе такого «двойного» анализа — философско-нормативного и эмпирического, основанного на практиках — возможно формирование специфической российской модели регулирования конца жизни, которая, с одной стороны, учитывала бы локальные культурные и религиозные коды, а с другой — интегрировала бы международные критерии намерения, причинности и бесполезности лечения. Это позволило бы не только уменьшить моральный дистресс медицинского персонала и повысить доверие пациентов, но и задать более устойчивую траекторию развития отечественной биоэтики, выходящую за пределы простого заимствования или отказа от зарубежных решений.

Литература

1. Orgambidez A., Borrego Y., Alcalde F. J., Durán A. Moral distress and emotional exhaustion in healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare*. 2025; 13 (4): 393.
2. Сергиенко С. К., Резник О. Н. Заблаговременное планирование пациентом медицинской помощи в конце жизни: обзор международных данных. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2024; 21 (1): 75–87. Sergienko S. K., Reznik O. N. Patient advance care planning in the end-of-life care: international data review. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation = Vestnik Anesthesiologii i Reanimatologii*. 2024; 21 (1): 75–87. (in Russ.). DOI: 10.24884/2078-5658-2024-21-1-75-87.
3. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of biomedical ethics*, 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
4. Illis A. S., Shok, N. Co-editors of the special issue «East European post-communist legacy in medicine, health care, and bioethics». *Monash Bioeth Rev*. 2022; 40 (Suppl 1): 1–5. DOI: 10.1007/s40592-022-00173-5. PMID: 36585540.
5. Brender T. D., Axelrod J. K., Goitandia S. W., Batten J. N., Dzenge E. W. Clinicians' perceptions about institutional factors in moral distress related to potentially nonbeneficial treatments. *JAMA Netw Open*. 2025; 8 (6): e2516089–e2516089. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.16089. PMID: 40522658.
6. Федеральный закон № 323-ФЗ «Федеральный Закон об Основах Охраны Здоровья Граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 05.01.26). Federal Law No. 323-FZ «Federal Law on the Fundamentals of Public Health Protection in the Russian Federation» dated November 21, 2011. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed on January 5, 2026).
7. Бергер Д. М., Зельман В. Л., Мюир Х., Амая Р., Ершова К. И. Клиническая этика запроса «не реанимировать» и других лимитирующих директив в работе врача анестезиолога-реаниматолога. *Общая реаниматология*. 2017; 13 (2): 61–74. Berger D. M., Zelman V. L., Muir H., Amaya R., Ershova K. I. Clinical ethics of the «Do not resuscitate» order and other advanced

- directives in anesthesia and ICU. *General Reanimatology = Obshchaya Reanimatologiya*. 2017; 13 (2): 61–74. (in Russ.&Eng.). DOI: 10.15360/1813-9779-2017-13-2-61-74.
8. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 17.11.2025, с изм. от 17.12.2025) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2026). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения 05.01.26). The Criminal code of the Russian Federation dated 13.06.1996 N 63-FZ (as amended on 17.11.2025, as amended, dated 12/17/2025) (amended and suppl., effective in law from 01.01.2026). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (accessed on 05.01.26).
 9. Смолькова И. В., Исаев, Ю. С., Ободенко, Н. П. Эвтаназия в российском правовом поле: вопросы теории и практики. *Всероссийский криминологический журнал*. 2013; 4: 86–93. Smolkova I. V., Isaev Yu. S., Obodenko N. P. Euthanasia in the Russian legal environment: issues of theory and practice. *All-Russian Journal of Criminology = Vserossiyskiy Kriminologicheskii Zhurnal*. 2013; 4: 86–93.
 10. Симонян Р. З. Правовые нормы об эвтаназии в российском законодательстве: уголовно-правовая характеристика эвтаназии. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016; 6: 971–975. Simonyan R. Z. About improvement of training of doctors by the medical right. Legal literacy as security measure of professional activity of the doctor. *International Journal of Applied and Fundamental Research = Mezhdunarodny Zhurnal Prikladnykh i Fundamentalnykh Issledovaniy*. 2016; 6: 971–975. eLIBRARY ID: 26165558.
 11. Елисеева Г. В. Эвтаназия: отечественный и зарубежный опыт правового регулирования. *Сибирское юридическое обозрение*. 2022; 19 (1): 23–38. Eliseeva G. V. Euthanasia: domestic and foreign experience of legal regulation. *Siberian Legal Review = Sibirskoe Yuridicheskoe Obozrenie*. 2022; 19 (1): 23–38. (in Russ.).
 12. Tarabrin R. Bioethical issues as triggers of religious transformation in orthodox christianity. *Bioethics*. 2025; 40 (1): 45–51. DOI: 10.1111/bioe.70006. PMID: 40517408.
 13. Tarabrin R. Russian orthodox church on bioethical debates: the case of ART. *Monash Bioeth Rev*. 2022; 40 (Suppl 1): 71–93. DOI: 10.1007/s40592-022-00154-8. PMID: 35306626.
 14. Шок Н. От биоэтики светской к биоэтике христианской: о значении наследия Х. Тристрама Энгельгардта в России. *Государство, религия, церковь в России и за рубежом*. 2020; 38 (4): 7–43. Shok N. From «bioethics» to «Christian bioethics»: significance of H. T. Engelhardt's legacy in today's Russia. *State, Religion, Church in Russia and Abroad = Gosudarstvo, Religiya, Tserkov' v Rossii i za Rubezhom*. 2020; 38 (4): 7–43. (in Russ.). DOI: 10.22394/2073-7203-2020-38-4-7-43.
 15. Solozhenkin B. Autonomy of minors questioned: Russian case with the loss of medical secrecy. *Journal International de Bioethique et d'Etique de Sciences*. 2023; 34 (1): 57–72. DOI: 10.3917/jibes.341.0057.
 16. Тарабрин Р. Е. Исторический анализ становления и развития биоэтики в России: роль Х. Т. Энгельгардта. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2025; 3: 132–137. Tarabrin R. E. Historical analysis of the formation and development of bioethics in Russia: the role of H. T. Engelhardt. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health = Bulletin Nacionalnogo Nauchno-Ssledovatel'skogo Instituta Obshchestvennogo Zdorovya imeni N. A. Semashko*. 2025; 3: 132–137. (in Russ.). DOI: 10.69541/NRIPH.2025.03.021.
 17. Петров Р. В. Заявление Российского комитета по биоэтике при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО. URL: <http://www.bioethics.ru/rus/rucommittee/> (дата обращения 05.01.26). Petrov R. V. Statement of the Russian Committee on Bioethics at the Commission of the Russian Federation for UNESCO Affairs. URL: <http://www.bioethics.ru/rus/rucommittee/> (accessed on 05.01.26).
 18. Присяжная Н. В., Садыкова М. Ф., Голикова Н. С., Борисова П. М. Высокотехнологичная медицинская помощь в практике российского здравоохранения. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2024; (3): 70–81. Prisyazhnaya N. V., Sadykova M. F., Golikova N. S., Borisova P. M. High-tech medical care in the practice of Russian healthcare. *Medical Technologies. Assessment and Choice = Meditsinskie Tehnologii. Otsenka i Vybora*. 2024; (3): 70–81. (in Russ.). DOI: 10.17116/medtech20244603170.
 19. Ведешкин М. А., Назорных О. С., Петров Ф. В. и др.; под общей редакцией Шок Н. П., Петровой М. С. Проблемы биоэтики в историческом контексте и социокультурной динамике общества. Москва: Практическая Медицина; 2021: 272. Vedeshkin M. A., Nazornyykh O. S., Petrov F. V., et al.; edited by Shok N. P. and Petrova M. S. Problems of Bioethics in the Historical Context and Sociocultural Dynamics of Society. Moscow: Practical Medicine; 2021: 272. (in Russ.). ISBN 978-5-98811-653-0.
 20. Шок Н. П. Ответственность науки и общество: может ли биоэтика повлиять на медицинскую практику? *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2020; 2: 347–364. Shok N. P. The responsible science and society: can bioethics influence medical practice? *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes. Monitoring Obshchestvennogo Mneniya: Ekonomicheskie i Socialnye Peremeny*. 2020; 2: 347–364. (in Russ.). DOI: 10.14515/monitoring.2020.2.1624.
 21. Лавджой А. О. Историография идей. *История философии*. 2005; 12: 158–169. Lovejoy A. O. Historiography of ideas. *History of philosophy = Istoriya Filosofii*. 2005; 12: 158–169. (in Russ.).
 22. Прилуцкий А. М., Андреева Л. Е. Специфика структуры религиозного дискурса. *Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина*. 2015; 2 (1): 158–164. Prilutsky A. M., Andreeva L. E. The specificity of the religious discourse structure. *Bulletin of A.S. Pushkin Leningrad State University = Vestnik Leningradskogo Gosudarstvennogo Universiteta im. A. S. Pushkina*. 2015; 2 (1): 158–164. (in Russ.).
 23. Boročević A., Babić-Bosanac S. Discourse, ethics, public health, abortion, and conscientious objection in Croatia. *Croat Med J*. 2017; 58 (4): 316–321. PMID: 28857525.
 24. Macauley R. C. Ethics in palliative care. A complete guide. Oxford University Press; 2018: 548.
 25. Sulmasy D. P. Killing and allowing to die: another look. *J Law, Med Ethics*. 1998; 26 (1): 55–64. DOI: 10.1111/j.1748-720x.1998.tb01906.x. PMID: 11067586.
 26. Dworin R., Nagel T., Nozick R., Rawls J., Scanlon T., Thomson J. J. Assisted suicide: the philosophers' brief. *New York Rev Books*. 1997; 41–47. PMID: 11655210.
 27. Tooley M. An irrelevant consideration: killing versus letting die. In: Steinbock B., Norcross A. eds. Killing and letting die. (2nd ed.). New York: Fordham University; 1994: 103–111.
 28. Rachels J. The end of life: euthanasia and morality. New York: Oxford University Press; 1986.
 29. Cartwright W. Killing and letting die: a defensible distinction. *Br Med Bull*. 1996; 52 (2): 354–361. DOI: 10.1093/oxfordjournals.bmb.a011550. PMID: 8759233.
 30. McFadden R. D. Karen Ann Quinlan, 31, Dies; Focus of 76 Right to Die Case. *New York Times*. 1985 June 12; 27 (12): A1.
 31. Berlinger N., Jennings B., Wolf S. M. The Hastings center guidelines for decisions on life-sustaining treatment and care near the end of life: revised and expanded second edition. Oxford University Press; 2013.
 32. Youngner S. J. Who defines futility? *JAMA*. 1988; 260 (14): 2094–2095. PMID: 3418875.
 33. Doyle, D. John. Baby K. A landmark case in futile medical care. *Ethics*. 2010; 1 (10): WMC00969.

Поступила 18.02.2026

Принята 07.04.2026

Публикация онлайн 23.04.2026