

А.В. Лисак<sup>1</sup>, С.В. Пустовіт<sup>2</sup>, О.О. Дядик<sup>2</sup><sup>1</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», Київ<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

## Історичні та етико-правові аспекти аутопсії. Досвід України та інших країн

Розтин померлої людини з метою встановлення причин смерті шляхом патологоанатомічного дослідження — серйозна етико-правова проблема в Україні та інших європейських країнах. У статті розглянуто сучасну ситуацію, що склалася в Україні щодо проведення аутопсії, її етичної, моральної та правової складової. Проаналізована значущість аутопсії як методу дослідження стосовно достовірного встановлення основного захворювання та безпосередньої причини смерті. Аутопсія має не лише вагоме медичне, статистичне, науково-практичне, але й соціальне значення. Особливу увагу в публікації приділено історичному досвіду країн Європи (Німеччини, Австрії, Швейцарії та ін.) у цьому питанні. Проаналізовано сучасні європейські погляди та закони, які регламентують проведення аутопсії, трансплантації органів і тканин. Розглянуто моральні та етичні проблеми, що виникають після смерті пацієнта у родичів померлого, лікуючого лікаря та лікаря-патологоанатома. Досліджено новітні методи проведення віртуальних аутопсій, визначено їх можливості та обмеження. Запропоновано основні напрямки вдосконалення етико-правової та соціальної складової аутопсії. Визначено необхідність гуманізації відношення до розтину шляхом просвітницької роботи серед лікарів та населення, пошуку інноваційних малоінвазивних підходів для встановлення причин смерті людини.

**Ключові слова:** аутопсія, права людини, соціальна концепція, релігія, гуманізація, автономія особи, недоторканність.

### Вступ

Розтин померлої людини з метою патологоанатомічного дослідження причин смерті — серйозна етико-правова проблема в Україні та інших європейських країнах. Феномен розтину має глибоку історію, а медичні знання, отримані завдяки аутопсії, та анатомічні атласи, створені на її основі, свого часу сприяли становленню медицини як науки в європейських країнах (Фуко М., 1998). Сьогодні в Україні тіла всіх пацієнтів, які померли у стаціонарних відділеннях лікарні, зазвичай підлягають розтину. Частка цих розтинів в Україні залежить від лікувального закладу, кількості смертельних випадків та інших суб'єктивних і об'єктивних причин і може становити 60–95% загальної кількості померлих. Головний лікар медичного закладу має право скасувати розтин за письмовою заявою родичів померлого у певних випадках, але частіше цього не відбувається з різних причин.

З одного боку, під час розтину лікар-патологоанатом або судово-медичний експерт має обов'язок встановити істинні причини смерті людини для того, щоб у такий спосіб захистити її фундаментальне право на недоторканність життя, знайти докази для покарання зловмисника у разі підозри на злочинне діяння та насильницьку смерть. Це також може стосуватися випадків смерті людини у медичних закладах, коли виникає підозра щодо неналежного виконання професійних обов'язків медичними працівниками (ст. 140 Кримінального кодексу України). З іншого боку, головним наслідком права людини на життя є право розпорядження власним тілом. Тіло людини є її єдиною власністю, право на володіння яким не може бути оскаржене ніяким чином, таке право є безстроковим. Таким чином, із настанням смерті людина має право на збереження свого тіла в тому вигляді, в якому воно перебувало до цього моменту, тобто має право на фізичну недоторканність. У цивілізованих країнах (у тому числі в Україні) без нотаріального завіреного письмового заповіту померлого чи дозволу його родини неприпустимі: видалення внутрішніх органів, взяття зразків тканин і будь-які інші маніпуляції з тілом.

Таким чином, виникає етико-правова колізія. Для захисту та забезпечення права громадян на здоров'я, життя, недоторканність, автономне рішення, гідність, справедливість (невідворотність відплати за злочин) необхідно припустити дві у певному сенсі взаємовиключних стратегії поведінки медичного працівника щодо тіла померлого: 1) як до речі, до об'єкта матеріального світу, об'єкта дослідження; 2) як до об'єкта права на охорону фізичної недоторканності, права на автономне рішення щодо ко-

ритування та розпорядження своїм тілом, права бути чи не бути донором органів і тканин. Якщо ми говоримо про померлу людину, то захисниками її прав, крім лікаря (як представника суспільства, державних органів), також виступає її родина. Мабуть, саме родичам, після самого померлого, належить першочергове право розпорядження його тілом, обмеження чи недопущення розтину та інших медичних втручань з метою патологоанатомічного дослідження.

### Історичний екскурс

Аутопсія як практика має багату історію. Розтини (спочатку тварин) почали проводити ще у Стародавній Греції. У 320 р. до н. е. в єгипетському місті Олександрії Птолемей I заснував анатомічну школу, а Герофіл почав першим проводити систематичні розтини людей для вивчення анатомії, що започаткувало новий етап розвитку анатомії. Але після завоювання Олександрії римлянами практика розтинів була заборонена. В наступні століття існувала майже повна заборона на розтини, виняток становили тільки поодинокі випадки розтинів засуджених злочинців (Prüll C.R., 1997; Groß D., 1999; Kienast V., 2016).

У ранньому середньовіччі у зв'язку з епідемією чуми в Європі заборона на проведення розтинів частково втратила свою силу. Розтини почали проводити при бульозній формі чуми для вивчення цієї хвороби. Під час досліджень виявили, що дренивання чумних бул значно покращує прогноз для пацієнтів. Перші розтини проведені в Салерно, Падуї та Мілані у XIII–XIV ст., а в Німеччині, Відні, Празі — у XV ст. У Тюбінгенському університеті знайдено офіційний документ XV ст., що давав дозвіл на проведення розтинів засуджених один раз на 3–4 роки в найхолодніший період року після Різдва. Секцію проводили протягом декількох днів і супроводжували церковними обрядами. Під час розтину було заборонено вилучати органи і тканини померлого (Prüll C.R., 1997; Groß D., 1999; Kienast V., 2016).

Спроби судово-медичних та патологоанатомічних досліджень відомі ще з давніх часів, коли почали оглядати й досліджувати воїнів щодо пошкоджень та ран на тілі. У німецькому героїчному епосі про Нібелунгів описане «випробування біля катафалка» (Bahrprobe), яке існувало в Німеччині до XVII ст. Воно було засноване на уявленні про те, що коли руку вбивці прикласти до ран загиблого, ці рани почнуть кровоточити (Groß D., 1999).

Становлення патологічної анатомії та судової медицини в Європі розпочалося з XIX ст., разом зі становленням судової та правової систем держави. Великий внесок у розвиток патологічної анатомії та

судово-медичної експертизи зробив Карл фон Рокитанський (1804–1878) — австрійський патологоанатом, що запропонував наукові застави для розвитку цих двох наук (Groß D., 1999; Kiepast V., 2016).

За наступні 100 років судова справа та юриспруденція в цьому питанні не зазнали принципових змін. Патологоанатомічний розтин залишається важливим видом медичної експертизи.

## Правові аспекти аутопсії в Україні

Порядок проведення розтинів в Україні регулюють такі документи: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я», від 10.07.2003 р. № 1102-IV «Про поховання та похоронну справу», наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 12.05.1992 р. № 81 «Про розвиток та удосконалення патологоанатомічної служби в Україні» (втратив чинність на підставі наказу МОЗ України від 25.09.2015 р. № 628 «Про визнання такими, що втратили чинність, наказу Міністерства охорони здоров'я України від 12 травня 1992 року № 81 та постанови першого заступника Головного державного санітарного лікаря України від 26 грудня 2008 року № 25», але за відсутності нової редакції закону, що перебуває другий рік на редагуванні, використовується), наказ МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6 «Про розвиток та удосконалення судово-медичної служби України». Слід зауважити, що за постановою суду чи адвоката при підозрі на насильницьку смерть розтин має характер обов'язкової процедури, проводить його судово-медичний експерт. Таке відбувається, якщо смерть настала: внаслідок впливу зовнішніх факторів (травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруєнь тощо); після штучного абортів, проведеного поза межами медичного закладу; на виробництві; раптово у дітей віком до 1 року; в осіб, які не перебували під медичним наглядом; людям, особа яких не встановлена, а також за наявності підозри на насильницьку смерть. Протокол патологоанатомічного розтину є медичним документом, який дає підстави оскаржити правильність, своєчасність, адекватність і повноту наданої медичної допомоги, за необхідності — порушити кримінальну справу.

З певного часу (спільний наказ Генеральної прокуратури України, Міністерства внутрішніх справ України та МОЗ України від 25.10.2011 р. № 102/685/692 «Про затвердження Порядку взаємодії між органами внутрішніх справ, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини») в Україні примусовому розтину підлягає тіло померлого вдома, якщо померлий був працездатного віку або літньою людиною, яка не має відповідних медичних документів (амбулаторної картки із записами про хронічні захворювання, перенесені операції і т.п.). У цьому разі також обов'язково проводиться розтин для уточнення діагнозу та причини смерті. Якщо померлий був похилого віку, але спостерігався у лікаря за місцем проживання, то його родичам має бути видана довідка про смерть без проведення цього втручання.

Якщо смерть хворого настала у закладі охорони здоров'я, порядок проведення патологоанатомічного розтину регламентується наказом МОЗ України від 12.05.1992 р. № 81 «Про розвиток та удосконалення патологоанатомічної служби в Україні». Згідно з цим наказом, усі померлі у лікувальному закладі особи за замовчуванням (презумпція згоди) підлягають розтину. Відповідно до ст. 72 Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших законів, розтин можна не проводити, скасувати, за таких підстав:

1) наявність письмової заяви близьких родичів;

2) наявність задокументованого волевиявлення покійного (відповідно до п. 1 ч. 1 ст. 6 Закону України від 10.07.2003 р. № 1102-IV «Про поховання і похоронну справу», «усі громадяни мають право на поховання їхнього тіла та волевиявлення про належне ставлення до тіла після смерті, що, зокрема, може бути виражене у згоді чи незгоді на проведення патологоанатомічного розтину»);

3) відсутність підозри на насильницьку смерть;

4) релігійні та інші поважні мотиви.

Право скасування розтину/відміна патологоанатомічного дослідження померлих регламентується рішенням адміністрації закладу охорони здоров'я (головного лікаря чи його заступника). Зауважимо, що начальник патологоанатомічного закладу (центру, бюро) має право обґрунтованої відміни рішень адміністрації закладу охорони здоров'я про видачу померлого без розтину. Скасування розтину не дозволяється на вимогу родини померлого або відповідно до волевиявлення покійного:

1) у разі перебування хворого в лікувальному закладі менше доби;

2) при невстановленому клінічному діагнозі та/чи незрозумілій причині смерті пацієнта, незалежно від термінів перебування хворого у закладі охорони здоров'я, при обов'язковому виключенні насильницької смерті;

3) при інфекційних хворобах та підозрі на них;

4) у разі смерті хворого безпосередньо після проведення і у зв'язку з діагностичними, інструментальними, анестезіологічними, лікувальними заходами та вакцинацією;

5) під час або після оперативного втручання (ранній післяопераційний період);

6) під час або після переливання крові та/чи кровозамінників;

7) при підозрі на передозування або на індивідуальну непереносимість лікарських чи діагностичних препаратів;

8) при онкологічних захворюваннях у разі відсутності прижиттєвої морфологічної верифікації пухлини;

9) від захворювань, які пов'язані з дією шкідливих професійних факторів;

10) від захворювань, які пов'язані з наслідками екологічних катастроф (якщо не призначене судово-медичне дослідження);

11) у період вагітності, пологів та у післяпологовий період, включаючи останній день післяпологового періоду.

Повертаємося до ситуації, коли є всі підстави та юридична можливість не проводити розтин. Якщо хворий перебував у стаціонарі більше доби, його діагноз встановлений та очевидний, то за письмовою заявою родичів померлого головний лікар медичного закладу має повне право скасувати розтин. Однак у більшості випадків цього не відбувається, на нашу думку, з різних причин:

1) брак часу на прийняття рішень;

2) відсутність поінформованості родичів померлого щодо проведення розтину;

3) правова неосвіченість родини померлого (не знають своїх прав щодо можливості скасування розтину);

4) їхній стресовий стан та відсутність готовності відстоювати свої права та захищати фізичну недоторканність тіла померлого;

5) недостатня етико-правова та гуманітарна культура головних лікарів (їхнє невміння та небажання спілкуватися з родичами померлого, «техніцизм та сцієнтизм» у мисленні та при прийнятті ними рішень);

6) ставлення до тіла померлого як до об'єкта дослідження;

7) превалювання командно-адміністративної системи в закладі і внаслідок цього — невміння медичних працівників мислити та приймати нетривіальні самостійні рішення, коли це не забороняється законом та адміністративними приписами;

8) недостатні знання законодавчих актів та постанов щодо розтину.

Існує також інша причина великої кількості розтинів у лікарнях — це наукова необхідність, потреба в тілах померлих як об'єктах морфологічних та судово-медичних наукових досліджень. Практика аутопсії сприяє підвищенню якості медичної освіти та набуття майбутніми медиками фахових знань і навичок з анатомії, патологічної фізіології, топографічної анатомії, патологічної анатомії, судової медицини, трансслатології.

Досі тривають суперечки про необхідність та доцільність патологоанатомічних, а також судово-медичних розтинів померлих. Існують аргументи як «за», так і «проти» великої кількості розтинів померлих у закладах охорони здоров'я в Україні.

Негативне та упереджене ставлення до процедури аутопсії у більшості населення, з точки зору лікарів, пов'язане з низьким рівнем поінформованості населення щодо доцільності та унікальності аутопсії як процедури встановлення достовірної причини смерті та захисту основних прав громадян. На думку лікарів різних спеціальностей, проведення розтинів сприяє встановленню точного діагнозу та виявленню причини смерті, що дозволяє проводити клініко-морфологічні конференції з метою підвищення професійного рівня та виключення і запобігання в подальшому діагностичних та інших помилок лікаря і медичного персоналу.

Причина смерті має становити інтерес не лише для родичів померлої особи, але і для кожного громадянина, який повинен мати відчуття захищеності, стовідсоткової впевненості в лікареві та його діагнозі; у разі судово-медичного дослідження — у природних причинах смерті, відсутності ознак насильницької смерті,

отруєння чи суїциду (Tag В., 2011). Кожен лікар-патологоанатом, особливо судово-медичний експерт, має подвійне завдання: перше — захист здоров'я населення та друге — захист основних прав людини (Tag В., 2011; Wittekind С. et al., 2013). Іноді розтин є необхідним під час юридичного оформлення документації, коли виникають фінансові та інші питання, що можуть бути вирішені лише за допомогою довідки, наданої після проведення розтину померлого (Nestler К. et al., 2008; Tag В., 2011).

Незважаючи на велику кількість аутопсій в Україні, відсутня інформація щодо зв'язку встановлених завдяки аутопсії причин смерті з дефектами лікування. Реальна практика свідчить, що частка розкриття таких дефектів за допомогою аутопсії невелика — лише декілька відсотків. Систематичний аналіз і статистичний облік дефектів надання медичної допомоги в Україні не ведуться. Навіть у фахових виданнях відсутня статистична інформація за цими показниками. Окремі випадки стають відомі завдяки засобам масової інформації, але така інформація зазвичай необ'єктивна, заангажована та не завжди відповідає дійсності. Тому сьогодні неможливо об'єктивно оцінити доцільність проведення розтинів з точки зору уникнення лікарських помилок та покращання надання медичної допомоги.

На наш погляд, велика кількість розтинів померлих в українських лікарнях та вдома не має під собою достатнього наукового чи законодавчого обґрунтування та не є доцільною. В низці законів навіть не відмежовують судово-медичне та патологоанатомічне дослідження, використовуючи останнє в контексті насильницької смерті, що є непрофесійним.

Джерелом метафізики «ціннічного ставлення» до тіла померлого, як правило, вважають уявлення, що зародилися під впливом раціоналістичної філософії XVI–XVIII ст., зокрема картезіанства і просвітництва (Слотердайк П., 2002). Через раціоналістичні установки в медичній дискусії входить дуалізм: поділ душі і тіла, думки і плоті. Ідеї дуалізму і сцієнтизму пронизують обговорення феномену смерті в медичному співтоваристві. Ці настанови — основа сучасного медичного визначення смерті людини як смерті мозку. Головний мозок розглядають у цій перспективі як «первинний регулятор», що інтегрує функціонування мозку, серця і легень, а смерть — як припинення вищих функцій кори головного мозку, що унеможливує існування думок (Lane М., Vercler С. J., 2016).

«Хіба людське тіло після смерті, втративши функції усвідомлення дійсності та мислення, має хоч яку-небудь цінність?» — ставлять запитання утилітарно налаштовані опоненти. «Чому тілесну оболонку особистості, тепер вже померлої людини, — вважають вони, — не можна використати для блага суспільства? Все перетвориться на прах. Адже одна померла людина (за життя необтяжена хворобами) може врятувати вісім хворих людей та допомогти ще більше ніж півсотні!».

Основними аргументами противників розтинів є етико-правові, філософські та релігійні (Lennert К., 1999; Petros К., Wittekind С., 2014). Вони відповідають на ці запитання, звертаючись до понять, що не мають інструментальної та утилітарної цінності, але без яких людське життя неможливе: любов, свобода, доброта, солідарність між людьми, турбота один про одного тощо. У громадянському суспільстві люди живуть відповідно до біоетичних принципів та цінностей: поваги до гідності та автономії особистості, збереження її цілісності, відповідальності, невтручання в особисте життя, інформованої згоди на будь-яке медичне втручання.

Згідно з феноменологічним дослідженням, людська душа і тіло з'єднуються в такому феномені, як тілесність. Тіло померлої людини вказує нам на того, хто був нещодавно живим, воно є тим, що належало, було частиною цілісного сприйняття людської особистості, умовою її ідентичності. Це впізнавана форма, яка має вселяти нам повагу до особистості померлого, його цінностей, унікального внутрішнього світу. Тіло померлого — це джерело пам'яті про події, пов'язані з ним, у людей, що його знали та любили. Шанобливе ставлення до тіла померлого означає повагу почуттів горя і непоправної втрати у його родичів і близьких, визнання за ними першочергового «природного» права захисту прижиттєвих бажань померлого та розпорядження його тілом.

Певної позиції щодо розтину також дотримується і християнство. В соціальній концепції Руської православної церкви (РПЦ) зазначається, що на підставі божественного одкровення РПЦ сповідує віру в тілесне воскресіння померлих (Іс. 26. 19; Рим. 8. 11; 1 Кор. 15.

42–44, 52–54; Флп. 3. 21) (Інформаційно-видавничий центр Української Православної Церкви, 2008). Незважаючи на те що християнство визнає відмінність між тілом і душою, воно також обіцяє кожному християнину цілісне воскресіння «після життя». Повага до тіла померлої людини — це своєрідна репетиція ставлення до воскреслого людського тіла. Навпаки, відсутність шанобливого відношення до тіла померлого, за християнськими канонами, веде до неповаги до існування всього людства, бо Бог створив людину (включаючи її тіло) за своїм образом і подобою (Неведомская А. В., Чеснова Н. Ю., 2007; Hagemeyer L., 2010; Riepert T., Friemann J., 2010).

В обряді християнського поховання РПЦ висловлює шанування, належне тілу померлої людини. Донорські органи і тканини стають частиною душевно-тілесної єдності донора та реципієнта. Посмертне донорство органів і тканин може стати проявом любові, що тягнеться і по той бік смерті, але такого роду дарування чи заповіт не можна вважати обов'язком людини. Тому добровільна прижиттєва згода донора є умовою правомірності й моральної прийнятності експлантації. У разі, якщо волевиявлення потенційного донора невідоме лікарям, вони повинні з'ясувати волю вмираючої чи померлої людини, звернувшись за необхідності до її родичів. Так звану презумпцію згоди потенційного донора на вилучення органів і тканин його тіла, закріплену в законодавстві ряду країн, РПЦ вважає неприпустимим порушенням свободи людини.

Частою причиною відмови родичів від процедури розтину в Україні (коли родина встигає це зробити) є «релігійна причина». Ми вважаємо, що така причина наводиться часто, на жаль, не у зв'язку з високою релігійністю українців, а тому, що так простіше, викликає менше запитань з боку медиків. Це можна пояснити тим, що в українському суспільстві зазвичай поняття духовності та моральності асоціюється з релігійністю людини. Тому така причина вважається достатньо морально обґрунтованою.

### Досвід інших країн

За кордоном постійно відбувається обговорення етико-правових та юридичних питань розтину в широкому колі та у фахових виданнях. Організують статистичні й медичні дослідження лікарських помилок, помилок ведення медичної документації та заповнення лікарських свідоцтв про смерть. На сьогодні в європейських країнах ведуться розмови не лише про збільшення кількості розтинів, але й про обов'язковий відповідний секційний курс під час навчання в університеті.

У Німеччині вже тривалий період кількість судово-медичних, а також патологоанатомічних розтинів достатньо мала (1–2%) (Groß D., 1999; Tag В., 2011). Ця ситуація пов'язана з релігійними та етичними особливостями країни, а також із позицією суспільства (з точки зору медиків, воно недостатньо поінформоване щодо корисності збільшення частки розтинів). Також впливають на цю ситуацію закони Німеччини, що регулюють такі процеси, як народження, життя і смерть людини. Основним завданням цих законів є захист здоров'я та життя громадян (Groß D., 1999; Tag В., 2011; Knüchel-Clarke R., Friemann J., 2016). На сьогодні в Німеччині відсутній закон, що регулює процес аутопсії, особливо патологоанатомічного розтину. Для розтину померлого потрібен його прижиттєвий дозвіл або дозвіл його родичів на проведення цієї процедури (Groß D., 1999; Nestler К. et al., 2008; Friemann J., 2010; Petros К., Wittekind С., 2014).

Судово-медичний розтин проводять дві особи: судово-медичний лікар-експерт та завідувач відділення судової медицини інституту судової медицини чи інституту патології, або один із лікарів, який має фах судово-медичного експерта та працює в одному з вищезазначених закладів (Groß D., 1999; Kienast V., 2016).

У зв'язку з таким низьким рівнем аутопсій експерти в Німеччині наголошують: «Ми проводимо надто мало розтинів, що наносить непоправну шкоду: важливі фактори, які є причиною смерті, залишаються нерозпізнаними, що призводить до негативного ставлення населення» (Krukemeyer M. G. et al., 2007; Nestler К. et al., 2008; Friemann J., 2010; Petros К., Wittekind С., 2014; Knüchel-Clarke R., Friemann J., 2016). Вони вважають, що точна причина смерті може бути встановлена в багатьох випадках тільки за допомогою розтину. Наприклад, часто діагнози «серцево-судинна недостатність» чи «гостра серцева недостатність» у Німеччині встановлюють як імовірні, адже без розтину підтвердити їх неможливо.

За результатами мультицентрового дослідження, проведеного у 23 судово-медичних інститутах Німеччини, встановлено:

щорічно 1200 дій, що безпосередньо стали причиною смерті людини, та 11 тис. смертей із неприродною причиною залишаються нерозпізнаними; в основному це отруєння лікарськими засобами та монооксидом вуглецю. У зв'язку з цим експерти постійно піднімають питання про повторне проведення експертиз та збільшення кількості розтинів (Prüll C.R., 1997; Groß D., 1999; Gradistanac T., Wittekind C., 2011; Tag B., 2011).

У 1987 р. у Клініці міста Герлиц проведено 1023 розтини із 1060 померлих, при тому лише у 47% клінічний діагноз збігався з діагнозом після розтину, у 30% випадків була повна розбіжність діагнозів. У 2005–2007 рр. частка збігу діагнозів становила 60–62%. Частка клінічних діагнозів, що повністю не відповідали патологічним, зменшилася до 18%. Визначну роль у цьому зіграла значна частка розтинів у цій клініці (>30%). Кредо цього закладу: «Та клініка добре лікує, в якій багато розтинів» (Gradistanac T., Wittekind C., 2011; Wittekind C. et al., 2013; Petros K., Wittekind C., 2014). Значна кількість розбіжностей діагнозів із даними розтину була у померлих похилого віку. Це свідчить про проблеми не тільки статистики захворювань, але й охорони здоров'я загалом.

Збільшення загальної кількості аутопсій, на думку німецьких лікарів, підвищить рівень здоров'я населення, а також вплине на раціональний перерозподіл коштів та ресурсів згідно з реальною статистичною картиною. Провідне значення аутопсії мають також для первинного виявлення інфекційних захворювань, що становлять загрозу для населення та медичного персоналу. Такі випадки передбачають низку заходів щодо запобігання розвитку епідемій. Визначення причини смерті та достовірний діагноз також мають величезне значення для департаменту соціального захисту і страхових компаній (Nestler K., 2008; Friemann J., 2010; Gradistanac T., Wittekind C., 2011; Petros K., Wittekind C., 2014).

У 1993 р. частота розтинів у Німеччині становила значно менше 10% усіх смертей, водночас у країнах-сусідах (Австрія та Фінляндія) — 34–38%. Частота розтинів в Австрії значно більша, ніж у Німеччині, бо в усіх незрозумілих випадках, а також після проведених оперативних чи інструментальних досліджень, у разі заінтересованості лікарів, родичів померлого чи наявності наукового інтересу розтин проводять обов'язково (Groß D., 1999; Hagemeier L., 2010; Tag B., 2011).

Значною мірою вина за низьку частоту аутопсій за кордоном лежить на самих лікарях. Так, більшість незрозумілих випадків смерті пацієнта залишається без розтину у зв'язку з небажанням лікаря пояснювати родичам чи колегам можливі недоліки діагностики та лікування пацієнта (Friemann J., 2010).

Незважаючи на те що кількість розтинів у Швейцарії завжди була більшою, ніж у країнах-сусідах, із прийняттям низки законів, протоколу трансплантології, біомедичної домовленості (Biomedizinübergabeprotokoll — BMÜ), ця кількість постійно зменшується. Так, за останні 10 років частота розтинів у Швейцарії знизилася на 41% та становить приблизно 24% (це стосується як патологоанатомічних, так і судово-медичних розтинів). На сьогодні разом з усіма європейськими країнами Швейцарія на чолі зі Швейцарською академією медицини і науки розробляє новітні стандарти та норми аутопсії, трансплантології, використання матеріалів померлих та живих осіб, генетичного матеріалу, ембріонів, викиднів та посліду в науковій та медичній діяльності. Поряд із законами та рекомендаціями, спрямованими на захист персональної та генетичної інформації та захист прав особистості, розробляють закони, спрямовані на полегшення процесу забору біоматеріалу. Так, Цивільний кодекс Швейцарії (Schweizerisches Zivilgesetzbuch — ZGB) пропонує факт смерті людини вважати певною межею, за якою померлий втрачає як особистість усі права та обов'язки. Так, на сьогодні для розтину померлих віком >70 років не потрібен дозвіл родичів або прижиттєвий дозвіл померлого. При проведенні судово-медичного дослідження прижиттєве бажання людини чи бажання родичів померлого не враховують. При патологоанатомічному дослідженні розтин проводять у разі неясного діагнозу, за вимогою медичного департаменту, при підозрі на захворювання, що становлять загрозу для життя та здоров'я населення (Tag B., 2011).

Останнім часом багато уваги приділено віртуальній аутопсії за допомогою комп'ютерної томографії. Так, науковці з Університетської клініки Гамбург-Еппендорф (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) для підвищення рівня кваліфікації лікарів та якості

аутопсій (віртуальних) використовували цей метод. Досліджено 162 померлих у відділенні інтенсивної терапії з подальшим 3D-моделюванням; у результаті діагностовано 21 суттєву та 51 незначну знахідку (Bolliger S.A. et al., 2008). Таку методiku використовують у судовій медицині в Данії, Швеції, Швейцарії, Австралії як додатковий метод дослідження. На жаль, цей метод, окрім позитивних характеристик (швидкість, можливість зберігати архів необмежений час, неінвазивність), має низку негативних. Він виявляє тільки структурні зміни, за його допомогою неможливо встановити морфологічні зміни (інфаркт, ішемію) та верифікувати структурні порушення (наявність/відсутність пухлини, доброякісна чи злоякісна вона). Метод комп'ютерної томографії також не завжди дозволяє точно встановити локалізацію структурних порушень. Враховуючи вищевказане, можна зробити висновок, що методика віртуальної аутопсії за допомогою комп'ютерної томографії прийнятна лише як додатковий метод дослідження перш за все в судовій медицині (Bolliger S.A. et al., 2008).

## Висновки

Неможливо недооцінити важливість розтину пацієнтів, померлих у стаціонарі, адже розтин є невід'ємною частиною лікувально-діагностичного та науково-дослідного процесу. Інформація, виявлена при цьому, має важливе значення для підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу лікувального закладу. У разі підозри на насильницьку смерть судово-медичний розтин має бути обов'язковим не лише в юридичному та судовому плані, але й у морально-етичному, адже визначають як причину смерті, так і вину або ступінь вини обвинувачуваного, можливість виплати компенсації родичам померлого тощо. Моральне виправдання аутопсії можливе тільки на підставі доказу її благих цілей — встановлення справжніх причин смерті, запобігання епідеміям, усунення помилок діагностики тощо. В іншому разі, на нашу думку, аутопсія виглядає як невинуватене порушення цілої низки етико-правових положень та біоетичних принципів, головні з яких: принцип поваги до волевиявлення померлого (автономії особистості), поваги до гідності особистості, фізичної недоторканності особистості (її цілісності). При прийнятті рішення щодо аутопсії мають бути враховані релігійні почуття і переконання померлого та його родичів, а також соціокультурні особливості та традиції, прийняті в країні. Феномен розтину як медичного втручання в Україні та за кордоном свідчить про:

- 1) неоднозначність ставлення суспільства та медичного співтовариства до проблеми аутопсії померлих у клініках;
- 2) складність етико-правового та законодавчого врегулювання цього процесу;
- 3) необхідність «гуманізації» технології аутопсії як соціальної практики;
- 4) актуальність пошуку інноваційних малоінвазивних підходів до встановлення причин смерті людини.

## Список використаної літератури

- Інформаційно-видавничий центр Української Православної Церкви** (2008) Основи соціальної концепції Руської Православної Церкви ([www.patriarchia.ru/ua/db/text/1207692.html](http://www.patriarchia.ru/ua/db/text/1207692.html)).
- Неведомская А.В., Чеснова Н.Ю.** (2007) Православие об анатомии и протавии тел умерших. Медицина и христианство: Материалы Республ. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых. Под ред. С.Д. Денисова. БГМУ, Минск, 242 с.
- Слотердайк П.** (2002) Критика цинічного розуму. Тандем, Київ, 544 с.
- Фуко М.** (1998) Рождение клиники. Смысл, Москва, 310 с.
- Bolliger S.A., Thali M.J., Ross S. et al.** (2008) Virtual autopsy using imaging: bridging radiologic and forensic sciences. A review of the Virtopsy and similar projects. Eur. Radiol., 18(2): 273–282.
- Friemann J.** (2010) Klinische Obduktionen Praktisches Vorgehen, rechtliche Grundlagen und ethische Überlegungen. Pathologie, 31(4): 256–267.
- Gradistanac T., Wittekind C.** (2011) Obduktion als Instrument der Qualitätssicherung Leipzig. Pathologie, 32(Suppl. 2): 287–291.
- Groß D.** (1999) Sektionen in Deutschland: Historische Wurzeln, gegenwärtiger Stellenwert und aktuelle ethische Probleme. Ethik Med., 11(3): 169–181.
- Hagemeier L.** (2010) Obduktion endete auf der Krankenstation. Rechtsmedizin, 21: 131.
- Kienast V.** (2016) Spannend – und trotzdem ein schlechtes Image. Die Pathologie als unterschätzte Disziplin. Wien. Klin. Mag., 19(6): 185.
- Knüchel-Clarke R., Friemann J.** (2016) Der Mensch ist nicht gläsern Sinn und Zweck der klinischen Obduktion. Pathologie in der Onkologie, 1(31): 14–16.

- Krukemeyer M.G., Driesch C., Dankof A. et al.** (2007) Notwendigkeit der Obduktionssteigerung durch Einführung der DRGs. *Pathologie*, 4(28): 294–298.
- Lane M., Vercler C.J.** (2016) Is consent to autopsy necessary? Cartesian dualism in medicine and its limitations. *AMA J. Ethics*, 18(8): 771–778.
- Lennert K.** (1999) Christlicher Glaube und die Durchführung von Sektionen. *Kiel. Pathologie*, 20(3): 153–154.
- Nestler K., Gradistanac T., Wittekind C.** (2008) Evaluation des klinischen Nutzens der Obduktion. Eine Untersuchung am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Leipzig. *Pathologie*, 29(6): 449–454.
- Petros K., Wittekind C.** (2014) Die Obduktion – ein Verfahren der Medizingeschichte? *Med. Klin. Intensivmed. Notfmed.*, 109(2): 115–120.
- Prüll C.R.** (1997) Stellenwert der Obduktion für die Behandlung des kranken Kindes seit 1800. *Monatsschr. Kinderheilkd.*, 145(8): 829–833.
- Riepert T., Friemann J.** (2010) Obduktionen – ein aktueller Klassiker. *Pathologie*, 31(4): 246–247.
- Tag B.** (2011) Obduktionen in der Schweiz, Deutschland und Österreich. Rechtliche und rechtstatsächliche Untersuchungen. *Pathologie*, 32(Suppl. 2): 277–281.
- Wittekind C., Petros K., Gradistanac T.** (2013) Obduktionen in der Onkologie. *Onkologie*, 19(1): 69–80.

## Исторические и этико-правовые аспекты аутопсии. Опыт Украины и других стран

**А.В. Лысак, С.В. Пустовит, Е.А. Дядык**

**Резюме.** Вскрытие умершего человека с целью установления причин смерти путем патологоанатомического исследования является серьезной этико-правовой проблемой в Украине и других европейских странах. В статье рассмотрена современная ситуация в Украине относительно проведения аутопсии, ее этической, моральной и правовой составляющей. Проанализирована значимость аутопсии как метода исследования относительно достоверного установления основного заболевания и непосредственной причины смерти. Аутопсия имеет не только весомое медицинское, статистическое, научно-практическое, но и социальное значение. Особое внимание в статье уделено историческому опыту стран Европы (Германии, Австрии, Швейцарии и др.) в этом вопросе. Проанализированы современные европейские взгляды и законы, регламентирующие проведение вскрытий, трансплантации органов и тканей. Рассмотрены моральные и этические проблемы, возникающие после смерти пациента у родственников умершего, лечащего врача и врача-патологоанатома. Исследованы новейшие методики проведения виртуальных вскрытий, определены их возможности и ограничения. Предложены основные направления совершенствования этико-право-

вой и социальной составляющей аутопсии. Определена необходимость гуманизации отношения к вскрытию путем просветительской работы среди врачей и населения, поиска инновационных малоинвазивных подходов для установления причин смерти человека.

**Ключевые слова:** аутопсия, права человека, социальная концепция, религия, гуманизация, автономия личности, неприкасаемость.

## Historical, ethical and legal aspects of autopsy. Experience of Ukraine and other countries

**A.V. Lysak, S.V. Pustovit, O.O. Dyadyk**

**Summary.** The autopsy of a deceased person in order to establish the causes of death through pathoanatomical research is a serious ethical and legal problem in Ukraine and other European countries. We reviewed the current situation in Ukraine in conducting autopsies, also their ethical, moral and legal components. The importance of autopsy as a method of research on the reliable establishment of the underlying disease and the immediate cause of death was analyzed. Autopsy has not only significant medical, statistical, scientific and practical significance, but also social. Particular attention is paid to the historical experience of the European countries (Germany, Austria, Switzerland, etc.). Modern European views and laws regulating autopsy, organ and tissue transplantation were analyzed. Moral and ethical problems that arise with the relatives of the deceased, the treating doctor and the pathologist were considered. The latest techniques for conducting virtual autopsies were researched, their possibilities and limitations were defined. The main directions of improving the ethical-legal and social components of autopsies were proposed. The need to humanize the attitude towards autopsy through educational work among doctors and the population, the search for innovative minimally invasive approaches for determining the causes of death of a person was determined.

**Key words:** autopsy, human rights, social concept, religion, humanization, personal autonomy, untouchability.

### Адреса для листування:

Лысак Андрей Васильевич  
Київ, 01133, вул. Госпітальна, 18  
Національний військово-медичний  
клінічний центр «ГВКГ»,  
патологоанатомічна лабораторія

Одержано 14.08.2017

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Воспалительный процесс — причина появления суицидальных мыслей

У пациентов с большим депрессивным расстройством в головном мозге повышается уровень маркера активации микроглии, что является признаком воспаления — к такому выводу в ходе новой работы пришли ученые Университета Манчестера (University of Manchester), Великобритания. Они заметили, что наиболее выражено повышается уровень маркера воспаления у пациентов, которые испытывают суицидальные мысли. Результаты работы опубликованы в журнале «Biological Psychiatry».

В ходе данного исследования ученые оценивали наличие процессов воспаления в головном мозге у 14 пациентов с умеренной и тяжелой формой депрессии, которые не принимали никаких лекарственных средств, и 13 здоровых людей. Известно, что микроглия является клетками иммунной системы и активизируется в рамках воспалительного ответа организма. Активность клеток в ходе работы ученые оценивали с помощью методов нейровизуализации. Оказалось, что иммунная активация была повышена у пациентов с депрессивным расстройством ( $p=0,005$ ). Наиболее выражен данный процесс в области передней части поясной извилины коры головного мозга, которая участвует в формировании настроения. Кроме того, активация наблюдалась и в префронтальной коре и центральной доле головного мозга. Ученые отметили, что их наблюдения соответствуют результатам работы, опубликованным в 2015 г. канадскими учеными, соглас-

но которым воспалительный процесс и микроглиальная активация отмечаются у пациентов с депрессией.

Автор работы Питер Талбот (Peter Talbot) отметил, что полученные результаты свидетельствуют о том, что именно микроглиальная активация является наиболее значимым фактором возникновения суицидальных мыслей. Следовательно, дальнейшее изучение данного вопроса может привести к возникновению новых методов лечения при депрессии и суицидальности.

Комментируя данную работу, доктор Джон Кристал (John Krystal), редактор журнала «Biological Psychiatry», заметил, что полученные результаты являются важным дополнением к распространенному мнению о том, что воспаление является частью патогенетических процессов при депрессии, в данном случае при суицидальных наклонностях. Это наблюдение очень актуально в свете последних данных, полученных в ходе предыдущих исследований, о необходимости персонализированного подхода при лечении депрессии и о потенциальной эффективности противовоспалительных препаратов в лечении при депрессивных расстройствах.

**Elsevier** (2017) Brain inflammation linked to suicidal thinking in depression. *ScienceDaily*, Sep. 21 ([www.sciencedaily.com/releases/2017/09/170921104245.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2017/09/170921104245.htm)).

**Holmes S.E., Hinz R., Conen S. et al.** (2017) Elevated translocator protein in anterior cingulate in major depression and a role for inflammation in suicidal thinking: a positron emission tomography study. *Biol. Psych.*, Aug. 11 [Epub. ahead of print].

**Юлія Котикович**