

ОСНОВНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

С.Н. Русанов, докт. мед.наук, **М.М. Авхименко**, канд.мед.наук
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
E-mail: rusanovsergej@yandex.ru

Изложены основные этические принципы оказания медицинской помощи в чрезвычайной ситуации (ЧС). Некоторое внимание уделено религиозным ограничениям объема, способов оказания медицинской помощи во время вооруженных конфликтов и других ЧС.

Ключевые слова: вооруженный конфликт, чрезвычайная ситуация, медицинская помощь, этика, религия.



Чрезвычайная ситуация (ЧС) представляет собой обстановку на определенной части территории или акватории, сложившуюся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности [4].

В настоящее время на территории России ежегодно возникает примерно 1,5 тыс. крупных ЧС [1].

В ЧС возможно возникновение сложной медицинской обстановки, которая будет влиять на организацию и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий:

- внезапное и одномоментное появление большого количества пострадавших, нуждающихся в оказании медицинской помощи, эвакуации и госпитализации;
- сочетание сложных и тяжелых телесных повреждений;

- нарушения психики у пострадавших, спасателей и медицинских работников;
- дезорганизация управления здравоохранением, разрушение медицинских зданий, людские и материальные потери в медицинских организациях;
- труднодоступность лечебных организаций, резервов медицинского имущества и лекарственных средств из-за недостатка необходимых транспортных средств, нелетной погоды, разрушения дорог, отсутствия достаточного количества регулировщиков и указателей на сохранившихся дорогах и т.д.;
- сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка из-за выхода из строя систем энерго- и водоснабжения, канализации, скопления и миграции больших масс людей, загрязнения территории токсичными веществами и других явлений;
- зависимость работы медицинских объектов от неблагоприятных метеорологических условий, времени года и суток.

Под вооруженным конфликтом понимают вооруженное столкновение ограниченного масштаба между государствами (международный вооруженный конфликт) или противостоящими сторонами в пределах территории одного государства (внутренний вооруженный конфликт).

Важнейшие факторы, определяющие особенности лечебно-эвакуационных мероприятий в современных вооруженных конфликтах [5]:

- возможность возникновения за короткий промежуток времени массовых санитарных потерь, в структуре которых будут преобладать тяжелые и комбинированные формы поражения;
- опасность применения вероятным противником новых видов оружия, характер воздействия которых на человека и методы оказания медицинской помощи при их применении могут оказаться неизвестными для медицинских работников;
- несоответствие между потребностью в медико-санитарной помощи в очаге поражения

и возможностями здравоохранения по ее оказанию;

- опасность заражения территории радиоактивными, отравляющими веществами и бактериальными средствами при применении противником оружия массового поражения или вследствие преднамеренного разрушения потенциально опасных объектов, нанесения по ним точечных прицельных артиллерийских и ракетно-бомбовых ударов, выполнения террористических актов;
- неустойчивое санитарно-эпидемическое состояние в очагах поражения, на путях эвакуации и в районах размещения эвакуированного населения и беженцев.

Гражданские и военные медицинские организации имеют общую цель – обеспечить безопасность своего персонала, учреждений и имущества, а также оказать беспристрастную и эффективную медицинскую помощь во время вооруженных конфликтов и других ЧС.

Следует иметь в виду, что вне зависимости от ситуации при оказании медицинской помощи должны соблюдаться основные этические принципы, зафиксированные в таких основополагающих документах, как Нюрнбергский этический кодекс (1947) и Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации (1964). Новая редакция этих документов (2000 г.) была принята в Эдинбурге Всемирной медицинской ассоциацией.

Выполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками в вооруженных конфликтах регламентировано международным гуманитарным правом, которое подтверждается Женевскими конвенциями, принятыми 12.08.49 и 2 Дополнительными протоколами к ним, принятыми 08.06.77:

- Женевская конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях;
- Женевская конвенция об улучшении участи раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, из состава вооруженных сил на море;
- Женевская конвенция об обращении с военнопленными;
- Женевская конвенция о защите гражданского населения во время войны;
- Дополнительный протокол к Женевским конвенциям, касающийся защиты жертв международных вооруженных конфликтов;
- Дополнительный протокол к Женевским конвенциям о защите жертв вооруженных конфликтов немеждународного характера.

В настоящее время Женевские конвенции признаны более чем 150 государствами, т.е. почти всем

международным сообществом, поэтому они являются обязательными международными нормами. Медицинский работник, работающий в зоне конфликта, должен соблюдать требования Женевских конвенций и Дополнительных протоколов к ним, так как их нарушение – нарушение международного гуманитарного права, за которое предусмотрены ответственность и определенные санкции.

В рамках проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой» Международный комитет Красного Креста провел консультации с Международным комитетом военно-медицинских ассоциаций, Всемирной медицинской ассоциацией, Международным советом медицинских сестер и другими международными гуманитарными организациями о выделении основных этических принципов оказания медицинской помощи во время вооруженных конфликтов и других ЧС.

Справка: Проект «Оказание медицинской помощи под угрозой». Это – проект Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца, призванный сделать безопаснее получение и оказание медицинской помощи во время вооруженных конфликтов и других ЧС. Участники данного проекта призывают проявлять уважение к работе медицинских работников, медицинских организаций и санитарного транспорта, обеспечивать их безопасность и претворить в жизнь ряд рекомендаций и практических мер по защите медицинских служб и их гуманитарной миссии. Проект реализуется при поддержке партнеров, частных лиц и организаций, входящих в сообщество заинтересованных сторон проекта.

В результате этих консультаций были одобрены следующие этические принципы оказания медицинской помощи во время вооруженных конфликтов и других ЧС, которые ни в коей мере не умаляют положений действующих программных документов, принятых этими организациями [6].

Общие принципы:

- этические принципы оказания медицинской помощи не меняются во время вооруженных конфликтов и других ЧС и являются теми же этическими принципами оказания медицинской помощи, которые действуют в мирное время;
- медицинские работники всегда действуют в соответствии с применимыми нормами международного права и внутригосударственного законодательства, этическими принципами оказания медицинской помощи и требованиями своей совести; предоставляя медицинскую помощь самого высокого, насколько это возможно, качества, они учитывают необходимость справедливого распределения ресурсов;

- первоочередная задача медицинских работников – сохранять физическое и душевное здоровье людей и облегчать их страдания; они предоставляют необходимую помощь, проявляя человечность и при этом уважая достоинство человека, которому они помогают, без какой бы то ни было дискриминации, будь то в мирное время или во время вооруженного конфликта или иной ЧС;
- привилегии и средства, предоставляемые медицинским работникам во время вооруженного конфликта или иной ЧС, никогда не должны использоваться в каких бы то ни было целях, кроме медицинских;
- какие бы аргументы ни приводились, медицинские работники никогда не приемлют попыток или других форм жестокого, бесчеловечного или унижительного обращения ни при каких обстоятельствах, в том числе во время вооруженного конфликта или иной ЧС; они никогда не присутствуют при совершении подобных деяний и не могут участвовать в них.

Взаимоотношения с пациентами:

- медицинские работники действуют в наилучших интересах своих пациентов и, по возможности, с их явно выраженного согласия; если при исполнении своих профессиональных обязанностей они испытывают конфликт интересов, с точки зрения этических принципов в первую очередь они несут ответственность перед своими пациентами;
- во время вооруженного конфликта или иной ЧС медицинские работники обязаны немедленно оказывать помощь и предоставлять необходимый уход самого высокого качества, которое можно обеспечить; между пациентами не проводится никакого различия, кроме как в решениях, основанных на медицинских показаниях и доступности ресурсов;
- медицинские работники уважают право пациентов на конфиденциальность; этические нормы требуют, чтобы медицинские работники разглашали конфиденциальную информацию лишь с согласия пациента или в тех случаях, когда существует реальная и неотвратимая опасность того, что пациенту или иным лицам будет причинен вред;
- медицинские работники прилагают все усилия, чтобы обеспечить уважение к частной жизни раненых, больных и к погибшим, в том числе избегая использовать оказание медицинской помощи раненым и больным – как военнослужащим, так и гражданским лицам – в рекламных или политических целях.

Защита медицинских работников:

- медицинские работники, а также медицинские организации и санитарные транспортные средства – как военные, так и гражданские – должны пользоваться всеобщим уважением; они пользуются защитой при выполнении своих обязанностей, и им должны быть обеспечены как можно более безопасные условия работы;
- нельзя неоправданно препятствовать безопасному доступу медицинских работников к пациентам, медицинским организациям и оборудованию, равно как и доступу пациентов к медицинским организациям и медицинским работникам;
- при выполнении своих обязанностей и когда они имеют на это законное право, медицинские работники обозначают себя такими международно-признанными эмблемами, как красный крест, красный полумесяц или красный кристалл в качестве зримого проявления защиты, которую предоставляют им применимые нормы международного права;
- медицинские работники никогда не должны подвергаться наказанию за то, что они выполняют свои обязанности в соответствии с правовыми и этическими нормами.

Обязанности медицинских работников в вооруженных конфликтах в соответствии с положениями Женевских конвенций, принятыми 12.08.49 г., и 2 Дополнительными протоколами к ним, принятыми 08.06.77 г.

Медицинские работники, которых привлекают к оказанию помощи в вооруженных конфликтах, должны выполнять следующие обязанности.

1. В любых обстоятельствах действовать гуманно, ответственно выполнять свой долг, как велит совесть; принцип гуманности, сострадания к жертвам – один из основополагающих принципов международного гуманитарного права.

2. Медицинские работники во время вооруженного конфликта обязаны, как и в мирное время, соблюдать принципы медицинской этики:

- выполнять профессиональные обязанности добросовестно и с достоинством;
- считать здоровье больного своей главной заботой;
- не разглашать доверенных ему тайн;
- не допускать никакой религиозной, национальной, расовой или политической дискриминации при выполнении своего долга;

- признавать абсолютную ценность человеческой жизни;
- даже под угрозой не использовать медицинские знания против законов человечности.

Справка: ВОЗ и Международный комитет военной медицины и фармации в 1957 г. одобрили «Правила медицинской этики для военного времени» и «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооруженных конфликтах», где подтвержден принцип единства медицинской этики в мирное и военное время.

3. С лицами, которые непосредственно не принимают участия в военных действиях или вышли из строя, необходимо обращаться гуманно. Таким образом, раненые, больные, потерпевшие кораблекрушение, военнопленные, гражданское население на территории противника или оккупированной территории должны пользоваться уважением и защитой, обращение с ними должно быть гуманным.

4. Уход предоставлять без различий по каким бы то ни было соображениям, кроме медицинских. Принцип предоставления помощи без какой бы то ни было дискриминации – основополагающий принцип международного гуманитарного права. Врач должен видеть в раненом только пациента, а не «своего» или «противника». Очередность оказания помощи определяется исключительно медицинскими требованиями, совестью врача и медицинской этикой. Особое внимание следует уделять наиболее уязвимым группам пострадавших: детям, старикам, беременным.

5. Лиц, находящихся под защитой Конвенций, запрещено подвергать какой бы то ни было медицинской процедуре, которая не показана по состоянию здоровья, а также подвергать каким бы то ни было медицинским, биологическим или иным научным опытам: такие преступления против человечества имели место в годы Второй мировой войны. Особенно строгий контроль в этой области осуществляет международное гуманитарное право. Необходимо исключить любые опыты над лицами, находящимися во власти противника.

6. Необходимо уважать всех раненых и больных. Если пациент в состоянии дать согласие на лечение, врач должен получить его, прежде чем приступить к лечению. В то же время действия, способные нанести ущерб здоровью больного (например, медицинские опыты), запрещены, даже если пациент дает на них согласие.

7. Медицинские работники, совершающие нарушения международного гуманитарного права, подлежат наказанию. На медицинских работников, оказывающих помощь в зоне вооруженного конфликта, лежит большая ответственность. Они должны сознавать, что нарушение международного гуманитарного права может вызвать тяже-

лейшие последствия не только для жертв этого нарушения, но и для самих медицинских работников. Серьезные нарушения официально считают военными преступлениями; лица их совершившие подлежат уголовному преследованию независимо от времени и места совершения.

Права медицинских работников, выполняющих свои обязанности в зоне вооруженного конфликта

1. Защита медицинских работников во время выполнения ими своих обязанностей.

Защита предоставляется медицинским работникам при условии, что они занимаются исключительно выполнением поставленных перед ними гуманитарных задач, и лишь на время их выполнения. Кроме того, в этот период медицинские работники обязаны соблюдать ряд важнейших требований:

- иметь опознавательные знаки и документы, носить ясно видимый отличительный знак (например, большой красный крест на груди и спине или для сотрудников гражданской обороны – голубой равносторонний треугольник на оранжевом поле) и иметь удостоверение личности установленного образца, согласно Дополнительному протоколу к Женевским конвенциям;
- соблюдать нейтралитет в вооруженном конфликте, воздерживаться от каких бы то ни было враждебных действий или любого вмешательства в военные действия;
- иметь только личное оружие и использовать его исключительно для самообороны и защиты своих раненых и больных, а также для предотвращения актов насилия в отношении медицинских работников или раненых и больных, а также для поддержания порядка в медицинских организациях.

2. Медицинские работники не могут быть подвергнуты наказанию или преследованию за выполнение ими профессиональных обязанностей в соответствии с нормами медицинской этики.

Это означает, что медицинская деятельность, если она осуществляется в соответствии с медицинской этикой, ни при каких обстоятельствах и вне зависимости от того, кому оказывается помощь, не может стать поводом для насилия, угроз, преследований и наказаний.

3. Не допускается принуждение медицинских работников к совершению действий, несовместимых с медицинской этикой.

Это положение дополняет предыдущее. Медицинских работников нельзя принуждать к совершению действий в отношении раненых

и больных, несовместимых с положениями Конвенций, Протоколов и нормами медицинской этики.

4. Не допускается принуждение медицинских работников к предоставлению информации о раненых и больных.

Медицинские работники имеют право не давать информацию, которая может причинить вред раненым, больным или их семьям. Однако если внутригосударственное законодательство одной из сторон вооруженного конфликта принуждает медицинских работников предоставить информацию, ее предоставляют своему руководству для дальнейшего разрешения возникшей ситуации.

5. Иммунитет от взятия в плен. Этим правом пользуются следующие категории медицинских работников:

- медицинские работники, направленные Международным комитетом Красного Креста;
- медицинские работники нейтрального государства, предоставленные в распоряжение одной из сторон в конфликте;
- медицинские работники госпитальных судов и самолетов санитарной авиации.

Необходимо подчеркнуть, что Конвенции и Протоколы предоставляют особые права медицинским работникам, направленным в зону вооруженного конфликта, для того, чтобы обеспечить выполнение важнейшей задачи – оказание помощи раненым и больным.

Религиозные ограничения объема и способа оказания медицинской помощи

Исходя из принципа уважения к автономии индивида как к одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни, в Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были включены несколько пунктов, законодательно закрепляющих обязанность медицинских работников по учету культурно-религиозных особенностей пациента: оказание медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента (ст. 6, п. 2); допуск к пациенту священнослужителя, а в случае нахождения его на лечении в стационарных условиях – предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации (ст. 19, п. 11); по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника, а при их отсут-

ствии – заявления иных родственников либо законного представителя умершего, сделанного при жизни, патологоанатомическое вскрытие не производится, за исключением некоторых случаев (ст. 67, п. 3); патолого-анатомическое вскрытие производится с соблюдением достойного отношения к телу умершего и с максимальным сохранением его анатомической формы (ст. 67, п. 8) [7].

В многонациональном и многоконфессиональном мире особое значение имеют уважение чувств верующих и соблюдение их прав. При этом одним из аспектов, влияющих на жизнедеятельность человека и регулирующих религиозными убеждениями, является медицина. Соблюдение врачом определенных правил с тем, чтобы не навредить религиозным чувствам человека, имеет значение при оказании как плановой, так и экстренной помощи. Однако зачастую, особенно в случае оказания экстренной помощи, врач может вольно или невольно оказаться в ситуации, когда он нарушает то или иное предписание религии. Это особенно актуально для врачей скорой помощи и спасателей [3].

Практически все религии накладывают ограничения на режим питания пострадавших в ЧС, характер принимаемых лекарственных средств и объем допустимых врачебных манипуляций.

Оказание экстренной медицинской помощи, исходя из компетенции врача, без учета религиозных особенностей может привести к возникновению конфликта между медицинским работником и пациентом или его родственниками.

Наиболее болезненным вопросом при оказании медицинской помощи после ЧС является длительность продолжения реанимационных мероприятий. Это связано с тем, что успехи современной интенсивной терапии позволяют практически бесконечно долго искусственно поддерживать жизнь многих пострадавших. Однако взгляды религий по данному вопросу расходятся.

Следует иметь в виду, что все религии устанавливают особые правила обращения с умершими. При ЧС спасателям приходится сталкиваться как с погибшими в результате катастрофы, так и с умершими, несмотря на врачебные действия. Нарушение отношения к покойным также может привести к возникновению конфликта с родственниками [3].

Буддизм отрицает активную эвтаназию, а также искусственное продолжение жизни, когда без медицинской аппаратуры и интенсивной терапии могла бы наступить смерть. Однако врач должен приложить все усилия для спасения человеческой жизни. Пересадка органов и переливание крови возможны только от живого донора, при условии, что это было его даром больному (т.е. донор не получил за это денег).

Иудаизм отрицает эвтаназию, даже если об этом имеется соответствующая просьба больного. В то же время по вопросу о том, когда прекращать реанимационные мероприятия, мнения ведущих религиозных общин расходятся. Ортодоксальные раввины считают, что нужно поддерживать жизнь любой ценой; неортодоксальные полагают, что в ряде случаев можно дать возможность свободно умереть, если продолжение жизни связано с существенными физическими страданиями, которые не могут прекратиться. В иудейской традиции – оказывать большое уважение человеческому телу даже после его смерти; поэтому его нельзя вскрывать, нельзя брать органы на трансплантацию, если только перед смертью человек сам не разрешил этого и семья также не имеет соответствующих возражений. Во всех случаях врач должен бороться за жизнь пациента до последнего вдоха. Лечение при невозможности полного физического выздоровления должно быть направлено на уменьшение страданий больного. Нельзя больному сообщать о диагнозе. Смерть констатируется на основании остановки сердечной и дыхательной деятельности. После наступления смерти необходимо незамедлительно вызвать раввина для совершения религиозных обрядов. Забор органов и крови возможен только в том случае, если это не приводит к ухудшению состояния здоровья реципиента и является добровольным актом. При заборе органов и крови особое внимание следует уделить тому, чтобы тело донора не было изуродовано. Ортодоксальные иудеи могут отказаться от пересадки органов или переливания крови, если процедура не будет освящена раввином.

Иудаизм разрешает прием только кошерных (одобренных конфессией) продуктов. Соответственно все употребляемые лекарства должны быть кошерными. Только раввин имеет право признать тот или иной продукт кошерным или некошерным. Сложнее всего получить статус кошерного препарата в случае животного происхождения средства. Бычья сыворотка и яичный белок, используемые для приготовления вакцин, сывороток, могут быть кошерными только в том случае, если при забое животного, разбивании яйца соблюдались определенные религиозные обряды. Препараты на основе свиных сывороток не могут быть кошерными. Также не могут быть кошерными препараты на основе сырья, полученного от рыб с неполным развитием костей или от хрящевых рыб (например, акул).

Католицизм. Всякая медицинская помощь должна быть направлена на сохранение жизни. Все медицинские вмешательства, преследующие эту цель (включая пересадку органов, переливание крови, применение малоизученных лекарств), до-

пустимы, если нет альтернативных вариантов лечения. Косметическая или другая хирургическая операция допустима только тогда, когда преследуют цель сохранить целостность и здоровье индивидуума или другие части тела. Эвтаназия запрещена во всех видах.

Мусульманство. Врач-мужчина, особенно не мусульманин, не может осматривать женщину и принимать у нее роды в отсутствие ее ближайших родственников. Поэтому при развертывании передвижных военных госпиталей на территории мусульманских стран необходимо укомплектовать штат врачей женщинами по всем медицинским специальностям. При организации медицинской помощи убежденным мусульманам следует также разделять потоки пациентов на мужчин и женщин так, чтобы пациент-мужчина и пациент-женщина не оказывались в одном помещении. Трансплантация органов и переливание крови возможны только от живых доноров, исповедующих ислам и давших на то согласие. Трансплантация возможна от человека с церебральной смертью, которому искусственно поддерживается дыхание и кровообращение. Мусульманство запрещает использование каких-либо продуктов, полученных на основе свинины. Поэтому не допускается использование свиных вакцин, сывороток и т.д.

Шариат требует от медицинских работников бороться за сохранение жизни пациентов до самой последней минуты, категорически отвергая возможность эвтаназии.

Православие не возражает против пересадки кожи или переливания крови, если при этом донору не причиняется значительный вред и достигается существенная польза для реципиента. Пересадка других органов возможна только в том случае, если нет угрозы для жизни донора.

Смерть наступает при необратимом разрушении тканей человека. Только после этого возможен забор органов для трансплантации. Пока не наступила смерть, врач должен сделать все возможное для продления жизни, в том числе давать наркотические анальгетики, проводить реанимационные мероприятия, хирургические вмешательства и т.д. Однако большинство неортодоксальных священников признают, что поддержание жизни после смерти мозга бессмысленно, если оно сопряжено с соматическими нарушениями.

Протестантство практически никак не регламентирует деятельность врача, оговаривая лишь, что она должна быть компетентной и гуманной.

В этом контексте обращает на себя внимание традиционная *система индийской медицины Аюрведа* – одна из разновидностей альтернативной медицины, зародившаяся в Индии. При оказании

медицинской помощи приверженцам Аюрведы врач ни при каких обстоятельствах не должен причинять страдания больному. Он должен быть терпелив, внимателен, спокоен, сострадатель, чрезвычайно корректен, особенно с женщинами. Врач не должен терять самообладания, быть высокомерным, обладать повышенным самомнением. Ни в коем случае ни больному, ни его родственникам нельзя сообщать об угрозе смерти, пусть даже реальной; во всех случаях следует вселять надежду на скорое и полное выздоровление. Во всех случаях следует бороться за жизнь пациента до конца. Информация о болезни, пациенте, его жизни, семье, доме и т.д. должна быть строгой врачебной тайной. Следует иметь в виду, что в Индии корова является священным животным. Поэтому нельзя использовать препараты, приготовленные на основе телячьей сыворотки (некоторые вакцины, сыворотки, эпителизирующие/регенерирующие препараты и др.).

Таким образом, при оказании медицинской помощи необходимо стараться по возможности учитывать вероисповедание больного, его культуральные и другие личностные особенности. Особо следует отметить, что при оказании медицинской помощи в ЧС и в условиях массовых катастроф (особенно – транснациональных) необходимо соблюдать максимальную осторожность при оказании медицинской помощи, объяснять больным или их родственникам необходимость каждого медицинского вмешательства и целесообразность проведения подобного лечения. При оказании медицинской помощи на территории зарубежных государств желательное присутствие местных врачей, знакомых с культуральными особенностями оказания медицинской помощи населению [3].

Не менее значимо поведение самих медицинских работников, так как их доступ к раненым и больным во многом зависит от признания их работы всеми находящимися в конфликте сторонами, активными участниками других ЧС и местными сообществами. Следует особо отметить, что они должны заниматься исключительно медицинской деятельностью, поскольку, будучи вовлечены в военные операции участвующих в конфликте сторон или в инциденты с применением насилия, они могут лишиться права на защиту

и поставить под угрозу безопасность и защищенность коллег, а также раненых и больных, которым они обеспечивают уход [2]. По этой причине для медицинских работников принципиальное значение имеют знание международно-правовых актов, касающихся их профессиональной деятельности, и информация о всевозможных этических дилеммах до того, как они возникнут во время их работы в условиях вооруженных конфликтов и других ЧС.

Литература

1. Чиж С.Н., Русанов Н.В., Третьяков И.М. и др. Безопасность жизнедеятельности. Учебное пособие для студентов. Под ред. И.М. Чижа. Ростов. н/Д: Феникс, 2015; 301: 1 (Библиотека ПМГМУ им. И.М. Сеченова).
2. Брейтергер А. Международный журнал Красного Креста. 2013; 95 (889): 1–60. Выдержка из номера: «Violence against healthcare».
3. Гуревич К.Г., Тищенко П.Д., Фабрикант Е.Г., Юдин Б.Г. Этические проблемы оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. М.: Изд. Московского гуманитарного университета, 2007; 93.
4. Левчук И.П., Третьяков Н.В. Медицина катастроф. Курс лекций: учебное пособие для мед. вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 240.
5. Чиж И.М., Русанов С.Н., Третьяков Н.В. и др. Медицина чрезвычайных ситуаций (организационные основы): учебник. М.: Медицинское информационное агентство, 2017; 400.
6. Центр СМИ. Всемирная организация здравоохранения. Совместное заявление «Остановим насилие. Защитим медработников и пациентов» 4 ноября 2015 г.
7. Федеральный закон РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

BASIC ETHICAL PRINCIPLES OF MEDICAL CARE IN EMERGENCY SITUATIONS

S.N. Rusanov, MD; M.M. Avkhimenko, Cand. Med. Sci.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper sets forth basic ethical principles of medical care in an emergency situation. Some attention is given to religious restrictions on the volume and procedures of medical care in armed conflicts and other emergencies.

Key words: armed conflict, emergency situation, medical care, ethics, religion.