

## Уголовная ответственность матери за заражение ребенка ВИЧ-инфекцией по действующему законодательству Российской Федерации

**В** Российской Федерации с каждым годом увеличивается количество ВИЧ-инфицированных, зараженных половым, парентеральным (через кровь) и вертикальным (от матери к плоду) способами, причем особенно остро стоит проблема заражения матерью своего ребенка ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция у детей в 90,0% и более случаев является следствием передачи вируса иммунодефицита человека от матери ребенку в период беременности, родов, при грудном вскармливании. ВИЧ-инфекция может передаваться от инфицированной матери младенцу во время беременности (через плаценту), при родах (через контакт с кровью матери) или при грудном вскармливании (через материнское молоко). Общественная опасность первых двух способов (полового, парентерального) и, следовательно, наказуемость их по ст. 122 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией» не вызывают сомнений.

Что же касается третьего, то здесь имеет место конфликт частных и публичных интересов, не получивший однозначной правовой оценки. С одной стороны, инфицированная женщина, рожая ребенка, реализует свое право на материнство, а с другой – создает опасность заражения или заражает ВИЧ-инфекцией еще не родившегося ребенка<sup>1</sup>.

Статья 122 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией» содержит запрет на постановления в опасность заражения ВИЧ-инфекцией и на заражение ВИЧ-инфекцией независимо от способа его осуществления. Это дает основание полагать, что больная ВИЧ-инфекцией женщина, вынашивая и рожая ребенка, и тем самым, несомненно, подвергая его реальной опасности заражения ВИЧ-инфекцией, должна нести уголовную ответственность по ст. 122 УК РФ. Тем не менее ее действия не получили до настоящего времени однозначной правовой оценки. Рассмотрим каждый из случаев заражения матерью новорожденного ребенка в рамках уголовно-правовой наказуемости.

Согласно медицинским исследованиям, возможность заражения плода во время беременности составляет 25–35%. Возбудитель ВИЧ-инфекции может



**А.О. Кротова**

*Помощник прокурора Краснобаковского района  
по Нижегородской области*

проникать через плаценту из организма инфицированной матери к плоду во время беременности<sup>2</sup>. Таким образом, мать поставляет своего неродившегося ребенка в опасность заражения ВИЧ-инфекцией. Однако квалификация по ч. 1 ст. 122 УК РФ невозможна вследствие отсутствия объекта преступления – здоровье человека. Здоровье – состояние организма человека, при котором он в целом и все его органы и ткани способны полноценно выполнять свои функции, а также человек может осуществлять трудовую деятельность. Здоровье человека возможно лишь при его жизни. До настоящего времени начало жизни человека законодательно закреплено не было, хотя понятия «жизнь» и «право на жизнь» употребляются различными отраслями права, что подтверждает необходимость немедленного определения момента возникновения жизни. Основные точки зрения по этому сложному и дискуссионному вопросу сводятся к тому, что часть авторов моментом начала жизни считают определенный временной срок с момента зачатия, другие – с момента, когда ребенок отделился от утробы матери и начал самостоятельно дышать, третьи полагают, что начальный момент жизни человека определяется началом процесса физиологических родов, что необязательно связывается с отделением плода от утробы матери, с началом самостоятельного дыхания. В подтверждение первой позиции, хотелось бы обратиться к результатам проведенной в декабре 1996 года Сессии Совета Европы по биоэтике, на которой ученые пришли к выводу о том, что эмбрион является человеком уже на 14 неделе после зачатия. Аналогичную позицию занимают и некоторые отечественные ученые (А.Н. Попов, Г.Б. Романовский). По мнению А.Н. Попова, человеческая жизнь начинается практически с момента зачатия, и уголовно-правовая охрана жизни (и, соответственно, здоровья) должна осуществляться с того момента, как ребенок готов к продолжению жизни вне утробы<sup>3</sup>.

Но существуют и иные точки зрения на момент начала жизни человека. Например, С.В. Бородин, предлагает считать моментом начала жизни мгновение, с которого организм ребенка способен самостоятельно функционировать и полностью отделен от организма матери<sup>4</sup>. А.А. Пионтковский предлагает вести отсчет начала жизни новорожденного не только с момента отделения плода от утробы матери и начала самостоятельной жизни, но и во время рождения ребенка не начавшего внеутробной жизни<sup>5</sup>. А.В. Агафонов и А.А. Ермилов высказывают следующее мнение: в полном соответствии с рекомендациями об опреде-

лении критериев живорождения и мертворождения, начальным моментом жизни человека следует считать полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни (такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры) независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента<sup>6</sup>.

В юридической литературе высказано мнение о том, на законодательном уровне было бы наиболее целесообразно, определяя момент начала жизни, связать его с появлением на свет части ребенка и началом самостоятельного дыхания, но при условии, что ребенок будет рождаться головой вперед. Но при подобном подходе к решению рассматриваемой проблемы, не будет учитываться факт рождения ребенка ножками вперед. С.А. Бояров предлагает начальным моментом жизни человека считать момент появления из организма роженицы части тела младенца, имеющего сердцебиение. Аргументируя свое мнение, автор весьма верно отмечает, что в утробе матери у плода имеется плацентарное дыхание, которое в течение первых 24–48 часов после рождения переходит в легочное. Поэтому даже при полном отделении плода от матери, наличие или отсутствие дыхания не всегда может определять первые моменты жизни<sup>7</sup>.

Несмотря на множество точек зрения относительно начального момента жизни, неоспоримо, что пока будущий ребенок, а точнее плод, находится в организме матери, его жизнь и здоровье остаются за рамками уголовно-правовой охраны. Следовательно, действия матери, поставившей плод в опасность ВИЧ-инфицирования, исключают уголовную ответственность. При этом на правовую оценку деяния не влияет то, что беременная инфицированная женщина не находилась на учете и под специальным медицинским наблюдением.

Вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет 20–40%. Применение специальных профилактических мероприятий снижает риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией от матери до 1–2%<sup>8</sup>. Внедрение методов профилактики заражения ВИЧ инфекции новорожденных предполагается, что все время реализации программы 98% беременных женщин будут включены в программу профилактики заражения ВИЧ-инфекцией новорожденных. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку включает в себя химиопрофилактику в период родов, хи-

мопрофилактику в период родов, химиопрофилактику новорожденного. Наиболее успешные результаты достигаются при проведении всех трех этапов профилактики. Однако согласно Методическим рекомендациям «О профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку» от 6 августа 2007 года N 5955-РХ данная профилактика не является обязательной и проводится только с согласия будущей матери. В методических рекомендациях подробно описаны современные подходы к назначению противовирусных препаратов во время беременности, родов и в послеродовой период, а также другие профилактические мероприятия, позволяющие значительно снизить риск передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Возможно заражение инфекцией младенца во время родов, когда ребенок появляется на свет в потоке околоплодных вод и крови, содержащих ВИЧ, достаточно небольшого повреждения или пореза, чтобы в организм новорожденного проник возбудитель инфекции.

В клиническом течении родов различают три периода: первый период раскрытия, второй период изгнания, третий период последовый.

Период раскрытия начинается возникновением регулярной родовой деятельности родовых схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева.

Второй период родов период изгнания начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода.

Третий период родов последовый начинается с момента рождения плода и завершается рождением последа. Послед включает плаценту, околоплодные оболочки и пуповину. В последовом периоде под воздействием последовых схваток происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и рождение последа<sup>9</sup>.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что началом родов является появление схваток, а окончанием выделение плода из матки. Значит, термин «во время родов» подразумевает именно этот временной момент.

Между тем здесь также есть некоторые трудности. В частности в определении «самостоятельности» плода после выделения его из матки. Известно, что плод еще «привязан» к материнскому телу посредством пуповины – шнуровидного образования, обеспечивающее кровообращение плода и матери. При наличии пуповины трудно говорить о какой бы то ни было «самостоятельности» плода, однако жизнеспособность его на этом этапе имеет место быть.

Жизнь плода не зависит напрямую от жизни матери в этом он самостоятелен. И наоборот, смерть матери не может подразумевать под собой обязательную смерть и плода. Ответить на данный вопрос поможет Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 декабря 1992 г. В данном документе при разъяснении понятия «живорождение» четко указывается на то является ли перерезание пуповины обязательным для отнесения плода к родившемуся. Живорождение это полное изгнание или извлечение плода из организма матери вне зависимости от продолжения беременности. При этом плод проявляет признаки жизни. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный, независимо от того, перерезана пуповина или нет. Но не нужно забывать, что отделение ребенка от утробы матери это чисто механический признак, который является следствием готовности плода ко внеутробному существованию. Следовательно, процесс родов это и есть тот самый процесс, показатель готовности плода к жизни<sup>10</sup>.

Таким образом, заражение ребенка ВИЧ инфекцией во время родов возможно в следующие два периода:

1) во время родов до полного изгнания или извлечение плода из организма матери (то есть на первом и втором этапе клинических родов);

2) во время родов после полного изгнания или извлечения плода из организма матери (третий этап клинических родов).

В первом случае квалификация по ст. 122 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией» невозможна вследствие отсутствия объекта преступления здоровье человека. Во втором, предполагается, что, несмотря на возможность вертикального пути передачи ВИЧ, нельзя привлекать к уголовной ответственности по ст. 122 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией» инфицированную мать, забеременевшую или рожавшую ребенка, поскольку действующее законодательство не предусмотрело ВИЧ-инфекцию в качестве показателя к производству операции искусственного прерывания беременности по медицинским и социальным показателям<sup>11</sup>.

В России нормативным образом закреплены правила, соблюдение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения ВИЧ-инфекции. Существует целый ряд нормативно правовых актов, закрепляющих обязанность медицинских работников соблюдать определенные правила во время родов ВИЧ-инфицированной женщины. На-

пример, Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 19 декабря 2003 года N 606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и образца информационного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» закрепляет следующие правила: при ведении родов через естественные родовые пути рекомендуется обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита – при каждом последующем влагалищном исследовании. Новорожденному ребенку проводится гигиеническая ванна с 0,25% раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды). Все акушерские манипуляции (процедуры) должны быть строго обоснованы. При живом плоде не рекомендуются родовозбуждение, родоусиление, перинео(эпизио)томия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода и т.д. Все эти процедуры повышают риск инфицирования плода, и их назначение возможно лишь по жизненным показаниям. Плановое кесарево сечение до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод (по достижении 38 недели беременности) предотвращает контакт плода с инфицированными секретами материнского организма и поэтому может являться методом профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. При невозможности проведения химиопрофилактики плановое кесарево сечение может использоваться как самостоятельный метод профилактики в родах. Вместе с тем ВИЧ-инфекция не является абсолютным показанием к кесареву сечению. Решение о способе родоразрешения принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от вероятного снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с риском возникновения осложнений после операции (патологической кровопотери и развития септических осложнений).

Медицинские работники, осуществляя свои профессиональные функции во время родов инфицированной роженицы, должны соблюдать установленные правила<sup>12</sup>. Таким образом, в случае, если новорожденный стал ВИЧ-инфицированным во время родов, то уголовная ответственность переходит на медицинских работников, которые отвечают по ч. 4 ст. 122 УК РФ.

Нередким является заражение младенца при грудном вскармливании инфицированной матерью. Ребенок поглощает грудное молоко – основное питание новорожденного, которое достаточно богато мате-

ринскими белыми кровяными клетками (являющуюся главной мишенью ВИЧ-инфекции). Прикладывание ребенка к груди или вскармливание молоком ВИЧ-инфицированной женщины увеличивает риск инфицирования ребенка на 16–27%<sup>13</sup>. Поэтому матерям с ВИЧ не рекомендуется вскармливать детей грудью, поскольку при этом повышается риск передачи ВИЧ-инфекции. Единственное исключение составляют те редкие случаи, когда у матери нет условий для приготовления детских смесей (нет чистой питьевой воды, невозможно кипятить бутылочки и соски), поскольку считается, что в этом случае риск желудочно-кишечных инфекций представляет большую угрозу для жизни ребенка, чем ВИЧ<sup>14</sup>.

Однако южноафриканские ученые, проводившие исследование в данной сфере, пришли к выводу, что ВИЧ-инфицированная мать может три месяца кормить новорожденного только грудью, не подвергая ребенка дополнительному риску передачи инфекции. Руководитель группы ученых Анна Кутсудис сообщила, что эксперимент проводился при участии около 550 ВИЧ-инфицированных женщин. Кормление детей проводили различными способами – только грудное вскармливание, смешанное (грудным молоком с добавками в виде других видов молока и каш) и искусственное (исключительно продуктами детского питания, соответственно возрасту). В результате при кормлении новорожденных три месяца только грудью опасность передачи инфекции была меньше на 48%, чем при смешанном вскармливании. Процент заражения 103 детей этой группы составлял всего 14,6%. По мнению ученых, кормление исключительно материнским молоком защищает стенки кишечника от инфекции. При смешанном питании увеличивается шанс попадания в организм бактерий через недоброкачественную воду и приготовленную в антисанитарных условиях пищу, которые разрушают стенки кишечника, тем самым создавая условия для проникновения ВИЧ<sup>15</sup>.

Конечно, каждая женщина самостоятельно решает вопрос, будет ли она кормить ребенка грудным молоком. В российском законодательстве нет императивной нормы, запрещающей инфицированной матери кормить грудным молоком своего ребенка. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 декабря 2003 года N 606 содержит норму лишь рекомендательного характера: «Для предотвращения инфицирования новорожденного следует детей, родившихся от ВИЧ-инфицированной женщины, не прикладывать к груди и не кормить материнским молоком, а сра-



зу же после рождения переводить на искусственное вскармливание». Но уже во время беременности с ней проводятся консультации о необходимости искусственного питания для ребенка с первых дней жизни, врачи предоставляют информацию о дополнительном риске ВИЧ-инфицирования ребенка при грудном вскармливании, а также обсуждают с будущей мамой вопросы, связанные с приобретением заменителей грудного молока. Совершенно очевидно, что государство должно помочь женщине и ребенку, обеспечив бесплатным детским питанием на период грудного вскармливания ребенка. Однако нормативный акт, регулирующий данный вопрос, в Российской Федерации отсутствует.

Поскольку после родов мать может передать вирус своему ребенку при кормлении грудным молоком, она подлежит уголовной ответственности по ст. 122 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией», которая предусматривает ответственность, во-первых, за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, а во-вторых, за фактическое заражение ею. Субъектом преступления, предусмотрен-

ного ст. 122 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией», является физическое вменяемое лицо, достигшее 16 – летнего возраста. Таким образом, мать, достигшая соответствующего возраста, вменяемая, являющаяся носителем ВИЧ-инфекции и вскармливающая ребенка грудным молоком, несет уголовную ответственность по ч. 1 ст. 122 УК РФ в случае, если ребенок не заразился вирусом, и по ч. 2 ст. 122 УК РФ в случае, если ребенок заболел ВИЧ. При этом обязательному установлению подлежит тот факт, что женщина достоверно знала о наличии у нее ВИЧ-инфекции и предвидела возможность заражения ребенка, так как с субъективной стороны состав преступления, предусмотренный статьей 122 УК РФ, характеризуется прямым умыслом. Об этом свидетельствует указание законодателя на заведомость. Признак заведомости означает, что виновное лицо, осознавая высокую степень вероятности заражения другого лица ВИЧ-инфекцией, тем не менее, совершает действия или акты бездействия, которые ставят потерпевшего в опасность заражения. Прямой умысел в данном случае характеризует такое психическое состояние

1. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение / Под ред. В.В. Покровского. М., 2003. С. 88.
2. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение / Под ред. В.В. Покровского. М., 2003. С. 93.
3. Попов А.Н. Преступления против личности при смягчающих обстоятельствах. СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2001. С. 34.
4. Уголовное право. Особенная часть / Под ред. Б.В. Здравомыслова. М., 1995. С. 92.
5. Комментарий к Уголовному кодексу РФ / Под ред. А.В. Наумова. М., 1996. С. 286.
6. Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. 2007. N 5. С. 59.
7. Бояров С.А. Проблемы определения начала жизни человека в уголовном праве // Российская юстиция. 2005 N 4. С. 58.
8. Методические рекомендации «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку» от 6 августа 2007 г. N 5955-РХ.
9. Васильева А. Л. Медицинский справочник. М.: Яуза: Эксмо, 2005. С. 105.
10. Режим доступа: <http://www.yurclub.ru/docs/criminal/article125.html>, свободный. Загл. с экрана.
11. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. А.В. Бриллиантова. М.: Изд-во «Проспект», 2010. С. 159.
12. Крылова Н.Е. Некоторые вопросы уголовной ответственности медицинского работника за заражение ВИЧ-инфекцией // Медицинское право. 2004. N 3. С. 55.
13. Режим доступа: [http://childright.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=119:02-2011-&catid=19:2011-04-21-10-18-49&Itemid=51](http://childright.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=119:02-2011-&catid=19:2011-04-21-10-18-49&Itemid=51), свободный. Загл. с экрана.
14. Васильева А.Л. Медицинский справочник. М.: Яуза: Эксмо, 2005. С. 60.
15. Режим доступа: <http://www.akev.ru/content/view/136/49/>, свободный. Загл. с экрана.
16. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. В.Т. Томина, В.В. Сверчкова. 7-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2011. С. 394.
17. Шаргородский М.Д. Ответственность за преступления против личности. Л., 1953. С. 70.
18. Сидоренко Э. Заражение ВИЧ-инфекцией: вопросы уголовно-правовой оценки // Уголовное право. 2007. N 1. С. 57.
19. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. В.Т. Томина, В.В. Сверчкова. 7-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во Юрайт, 2011. С. 144.

матери, при котором она осознает общественную опасность своего поведения, ставящего в опасность заражения ВИЧ-инфекцией ребенка, и желает поступить таким образом. Уголовный закон не требует наступления реальных последствий в виде причинения вреда здоровью другого человека вследствие заражения ВИЧ-инфекцией. Само заражение может и не произойти. Поставление в опасность, закончившееся заражением ВИЧ-инфекцией, влечет ответственность по ч. 2 ст. 122 УК РФ, при этом вменение ч. 1 не требуется, так как поставление в опасность неизбежный этап и более ранняя стадия заражения<sup>16</sup>.

О достоверной осведомленности лица свидетельствуют получение им результатов медицинского освидетельствования и подписание соответствующей формы предупреждения об уголовной ответственности за заражение ВИЧ-инфекцией. Знание о наличии заболевания презюмирует осведомленность инфицирования как о заразности, так и о возможности заражения другого лица ВИЧ-инфекцией. В этой связи сложно согласиться с мнением М.Д. Шаргородского, что «для квалификации деяния необходимо установление не только сознания наличия болезни, но и того, что она находится в зара-

ительной стадии»<sup>17</sup>. Представляется, что принятие данного предложения может привести к ошибочным выводам. Осознание заразной стадии болезни требует глубоких медицинских познаний в области инфекционных заболеваний, которыми большинство людей не обладают. И все таки, для признания действий кормящей инфицированной женщины преступлением не требуется точного предвидения самого заражения, а достаточно на основе знания о наличии болезни предвидения в общих чертах возможности заражения ребенка<sup>18</sup>.

Следует отметить, что при наличии состояния крайней необходимости, то есть причинения вреда охраняемым уголовным законом интересам в целях устранения опасности, угрожающей причинением большего вреда другим правоохраняемым интересам<sup>19</sup>, уголовная ответственность исключается. Следовательно, в случае поставления в опасность заражения или непосредственно заражения ВИЧ-инфекцией матерью своего ребенка при грудном вскармливании в условиях крайней необходимости (например, при чрезвычайной ситуации, отсутствии чистой питьевой воды, еды), уголовная ответственность матери исключается. ■