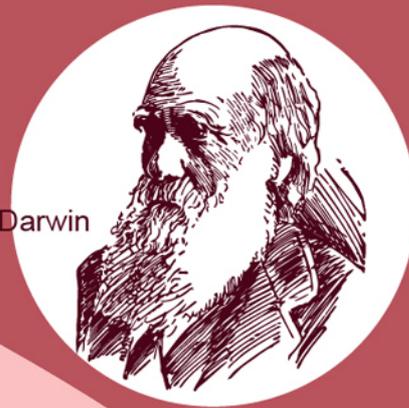


International Academy of Science and Higher Education
London, United Kingdom
Global International Scientific Analytical Project



MEMORIAL
Charles Robert Darwin

LIFE AND HEALTH OF THE PERSON THROUGH THE PRISM OF THE DEVELOPMENT OF MEDICINE, FOOD SAFETY POLICY AND PRESERVATION OF THE BIODIVERSITY

Peer-reviewed materials digest (collective monograph)
published following the results of the CVI International
Research and Practice Conference and II stage of the
Championship in Medicine and Pharmaceuticals, Biology,
Veterinary Medicine and Agriculture
(London, August 26 - August 31, 2015)



International Academy of Science and Higher Education

**LIFE AND HEALTH OF THE PERSON THROUGH THE PRISM OF THE
DEVELOPMENT OF MEDICINE, FOOD SAFETY POLICY AND PRESERVATION OF
THE BIODIVERSITY**

Peer-reviewed materials digest (collective monograph) published following the results
of the CVI International Research and Practice Conference
and II stage of the Championship in Medicine and Pharmaceutics, Biology, Veterinary Medicine and Agriculture
(London, August 26 - August 31, 2015)

**The event was carried out in the framework of a preliminary program of the project
“World Championship, continental, national and regional championships on scientific analytics”
by International Academy of Science and Higher Education (London, UK)**

Published by IASHE
London
2015

Chief editor– J.D., Professor, Academician V.V. Pavlov

Reviewers – experts:

Alexander Chiglintsev (Russia) – Dr. of Medicine, Full Prof.

Bakar Sudhir (India, USA) – DM, Cardiology Centre (Agra).

Dani Sarsekova (Kazakhstan) – Dr. of Agricultural sciences, Associate Prof., Acting Prof.

Gabriel Grazbungan (Switzerland) – DSc, co-owner of an international agricultural corporation

Galina Khmich (Kazakhstan) – Cand. of Biological Sciences, Associate Prof.

George Cruikshank (UK) – HScD, Medical clinic “فكرب” (Damask, Syria)

Laszlo Korpas (Hungary) – East European Cynology Association, PhD

Mihail Nikonov (Russia) – Dr. of Agricultural sciences, Full Prof., Head of Department of Forestry

Shorena Vashadze (Georgia) – Cand. of Medicine, Associate Prof.

Thomas Stevens (USA) - The Department of supervision of animal populations in urban areas (Indiana, Indianapolis, IN), D.Sc.

Yuriy Lakhtin (Ukraine) – Cand. of Medicine, Associate Prof.

Scientific researches review is carried out by means of professional expert assessment of the quality of articles and reports, presented by their authors in the framework of research analytics championships of the GISAP project

Research studies published in the edition are to be indexed in the International scientometric database “Socrates-Impulse” (UK) and the Scientific Electronic Library “eLIBRARY.RU” on a platform of the “Russian Science Citation Index” (RSCI, Russia). Further with the development of the GISAP project, its publications will also be submitted for indexation in other international scientometric databases.

“Life and health of the person through the prism of the development of medicine, food safety policy and preservation of the biodiversity” Peer-reviewed materials digest (collective monograph) published following the results of the CVI International Research and Practice Conference and II stage of the Championship in Medicine and Pharmaceutics, Biology, Veterinary Medicine and Agriculture. (London, August 26 - August 31, 2015)/International Academy of Science and Higher Education; Organizing Committee: T. Morgan (Chairman), B. Zhytnigor, S. Godvint, A. Tim, S. Serdechny, L. Streiker, H. Osad, I. Snellman, K. Odros, M. Stojkovic, P. Kishinevsky, H. Blagoev – London: IASHE, 2015. - 68 p.

In the digest original texts of scientific works by the participants of the CVI International Scientific and Practical Conference and the II stage of Research Analytics Championship in Medicine and Pharmaceutics, Biology, Veterinary Medicine and Agriculture are presented.

ISBN 978-1-909137-77-6

ЛЕГАЛИЗАЦИЯ ЭВТАНАЗИИ ИЛИ АССИСТИРОВАННОГО САМОУБИЙСТВА: ИЛЛЮЗИЯ БЕЗОПАСНОСТИ

Григоренко Л.В., канд. мед. наук, доцент, второе высшее образование, специалист «Филология. Переводчик (Английский язык)»
Днепропетровская медицинская академия МЗУ, Украина

Участник конференции,
Национального первенства по научной аналитике,
Открытого Европейско-Азиатского первенства по научной аналитике

In 30 years, the Netherlands has moved from euthanasia of people who are terminally ill, to euthanasia of those who are chronically ill; from euthanasia for physical illness, to euthanasia for mental illness; from euthanasia for mental illness, to euthanasia for psychological distress or mental suffering—and now to euthanasia simply if a person is over the age of 70 and “tired of living.” Dutch euthanasia protocols have also moved from conscious patients providing explicit consent, to unconscious patients unable to provide consent. Denying euthanasia or PAS in the Netherlands is now considered a form of discrimination against people with chronic illness, whether the illness be physical or psychological, because those people will be forced to “suffer” longer than those who are terminally ill. Non-voluntary euthanasia is now being justified by appealing to the social duty of citizens and the ethical pillar of beneficence. In the Netherlands, euthanasia has moved from being a measure of last resort to being one of early intervention. Belgium has followed suit and troubling evidence is emerging from Oregon specifically with respect to the protection of people with depression and the objectivity of the process.

Keywords: acts, rejection of actions, death, intentions, termination of life, euthanasia, assisted suicide.

Через 30 лет, Нидерланды перешли от эвтаназии неизлечимо больных людей, к эвтаназии для тех, кто хронически болен; от эвтаназии для физической болезни, к эвтаназии в связи с психическим заболеванием; от эвтаназии в связи с психическим заболеванием, к эвтаназии от психологического дискомфорта или душевных страданий, — и теперь к эвтаназии просто если человек старше 70 лет и “устал жить.” Протоколы Голландской эвтаназии тоже перешли от сознательных пациентов, оказывая эвтаназию с явного согласия, в подсознание пациентов, которые не в состоянии дать согласие. Отрицание эвтаназии или ассистированного самоубийства в Нидерландах сейчас считается одной из форм дискриминации против людей с хроническими заболеваниями, может ли болезнь быть физической или психологической, ведь эти люди будут вынуждены “страдать” больше, чем те, кто неизлечимо болен. Недобровольная эвтаназия является в настоящее время оправданным путем обращения в общественный долг граждан и этических позиций милосердия. В Нидерландах эвтаназия превратилась из крайней меры к тому, чтобы быть одним из ранних проявлений врачебного вмешательства. Бельгия последовала её примеру, и тревожные свидетельства эвтаназии поступают из Орегона, в частности в отношении защиты людей с депрессией и объективности процесса.

Ключевые слова: деяния, отказ от действия, смерть, намерения, прекращение жизни, эвтаназия, ассистированное самоубийство.

Эвтаназия обычно определяется как акт, предпринятый только под наблюдением врача, который намеренно заканчивает жизнь человека по его или её просьбе [1, 2]. Поэтому врач назначает смертоносное вещество. “Самоубийство с врачебной помощью” (далее – самоубийство) с одной стороны, представляется, как решение пациента самостоятельно принять летальную дозу лекарственного препарата, выписанного врачом.

На сегодняшний день, в Нидерландах, Бельгии и Люксембурге легализовали эвтаназию [15]. Законы в Нидерландах и Люксембурге также позволяют осуществлять эвтаназию. В США, в Штатах Орегон и Вашингтон легализовали «самоубийство с врачебной помощью» в 1997 и 1999 годах соответственно, но эвтаназия остается нелегальной [3]. Ситуация в штате Монтана в настоящее время остаётся неясной; законопроект, легализующий самоубийство был принят законодательным органом штата в 2010 году, но был недавно отменён государственным юридическим Комитетом Сената.

В Голландии, эвтаназия и суицид были формально легализованы в 2001 году после 30 летнего периода общественных дебатов [1]. С 1980-х годов, руководящие принципы и процедуры для осуществления контроля над эвтаназией были разработаны и адаптированы несколько раз Королевской Голландской медицинской Ассоциацией в сотрудничестве с национальной судебной системой. Несмотря на оппозицию Бельгийской медицинской Ассоциации, в Бельгии легализовали эвтаназию в 2002 году, после 3 летней общественной дискуссии, которая включала членов правительственных комиссий. В Люксембурге легализовали эвтаназию и самоубийство в 2009 году. В Швейцарии самоубийство, хотя формально не легализовано, но была принята поправка в законе в начале 1900-х годов, которая исключает самоубийство.

Эвтаназия, однако, является незаконным действием [4]. Человек совершает самоубийство, может сделать это с помощью ассистента до тех пор, пока ассистент не имеет никаких корыстных побуждений и ничего не выигрывает лично от смерти. В отличие от других юрисдикций, которые требуют осуществления эвтаназии или ассистированного самоубийства только врачами, в Швейцарии разрешается содействовать суициду не только врачам.

Во всех этих юрисдикциях нет гарантий, критериев и процедуры осуществления контроля на практике для обеспечения общественного порядка, и с целью предотвращения или злоупотребления эвтаназией, или её неправильного осуществления [5]. Некоторые критерии и процедуры проведения эвтаназии являются общими для всех юрисдикций; другие различаются в разных странах [5, 6]. С целью предупреждения случаев злоупотреблений практики эвтаназии, особенно тщательно нужно подходить к легализации эвтаназии в тех странах, которые намерены её легализовать. В обзорной статье исследуется эффективность гарантий и “побочные эффекты” в практике эвтаназии.

Гарантии, их эффективность

Во всех законодательных документах, просьба об эвтаназии или самоубийстве должна быть добровольной, обдуманной, осознанной, и стойкой в течение времени. Запрашивающее лицо должно предоставить письменное согласие и должно быть компетентным в момент совершения запроса. Несмотря на эти гарантии, более 500 человек в Нидерландах усыпляют невольно с каждым годом. В 2005 году, в общей сложности 2410 смертей с помощью эвтаназии или самоубийства составляет 1,7 % от всех смертей в Нидерландах. Более 560 пациентам (0,4 % всех смертей) вводили смертельные вещества без их явного согласия [7]. Из каждого 5 пациента, 1 усыпляют без его явного согласия. Попытки доведения этих дел до суда не удалась, свидетельствуют о том, что судебная система стала терпимее с течением времени к таким преступным действиям [5].

В Бельгии показатель вынужденной, а не добровольной эвтаназии смертей (то есть без явного согласия) в 3 раза выше, чем в Нидерландах [8, 9]. К “недобровольной эвтаназии” относятся ситуации, в которых человек обладает потенциалом, но не предоставил согласия к “недобровольной эвтаназии, и ситуации, в которой человек не в состоянии дать согласие по таким

причинам, как деменция или кома. Недавнее исследование показало, что во Фламандской части Бельгии, 66 из 208 случаев “эвтаназии” (32%) произошло при отсутствии просьбы или согласия на осуществление эвтаназии [10]. Причинами для прекращения жизни человека без получения его согласия были следующие: нахождение пациентов в коме (70% случаев) или деменции (21% случаев). В 17% случаев, врачи осуществляли эвтаназию без согласия пациентов, потому что считают, что эвтаназия была “явно в интересах пациента” и, в 8% случаев врачи посчитали, что обсуждение эвтаназии с пациентом было бы ему во вред. Эти факты согласуются с результатами предыдущего исследования, в котором 25 из 1644 внезапных смертей были результатом эвтаназии без явного согласия пациентов [8].

В обход законов приводятся некоторые доказательства из социальных исследований «побочных эффектов» эвтаназии, описанных Кеоуном [5]. До сих пор не было обнаружено ни одного случая эвтаназии, который бы был направлен в судебные органы для дальнейшего расследования в Бельгии. В Нидерландах, в 16 случаях (0,21 % всех зафиксированных случаев) были направлены в судебные органы в первые 4 года после того, как закон об эвтаназии вступил в силу, при этом ни один случай эвтаназии не был привлечён к уголовной ответственности [12]. В одном случае консультант, который консультирует неизлечимого больного о способах самоубийства, был оправдан [14]. Следовательно, принятие закона об эвтаназии свидетельствует, об изменении общественных ценностей после легализации эвтаназии и ассистированного самоубийства. В 1987 году в преамбуле Королевской Голландской медицинской Ассоциации в своих руководящих принципах, касающихся эвтаназии, написано: “если нет запроса от пациента, тогда решение о прекращении его жизни [юридически] квалифицируется как убийство или самоубийство, а не эвтаназия.” В 2001 году ассоциация поддержала новый закон, в котором написано пожелание о предварительном распоряжении для эвтаназии как приемлемой, и при этом представители судебной системы терпимо относятся к недобровольной эвтаназии [7, 13]. Однако, решения, основанные на ходатайстве о предварительном распоряжении или завещании могут быть этически проблематичными, поскольку запрос, не совпадающий по времени с деянием не может являться доказательством волеизъявления пациента на момент осуществления эвтаназии.

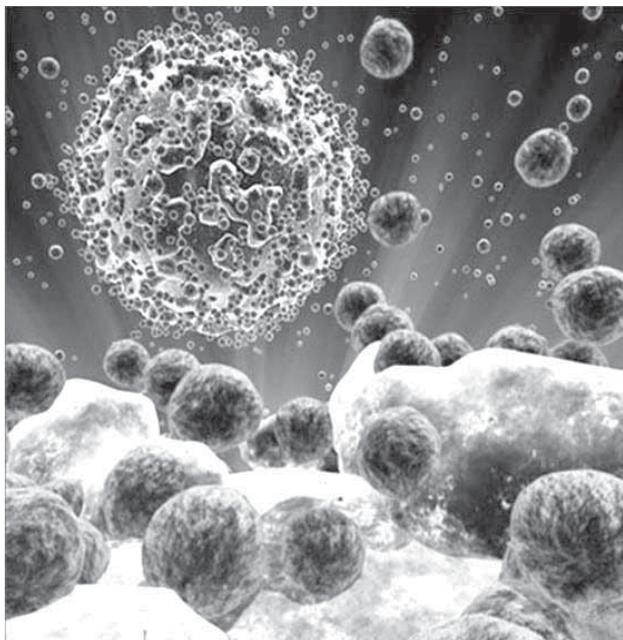


Рис. 1. Схема строения ВИЧ – инфекции.



Рис. 2. На фотографии изображён грудной ребёнок с симптомами болезни Квашиоркор – энергетически – белковое голодание, а также дефицит витамина В. Болезнь Квашиоркора связана с недостаточным поступлением белка, истончением волос, отёком, недостаточным ростом, и потерей веса. Угловой стоматит свидетельствует о сопутствующей недостаточности витамина В.

В Орегоне, хотя при неизлечимой болезни с прогнозом меньше чем 6 месяцев жизни должны присутствовать невыносимые страдания, которые не могут быть освобождены медикаментозным лечением, для осуществления эвтаназии – это не основное требование (опять же признавая, что понятие “невыносимые страдания” само по себе неоднозначно). Это определение позволяет врачам оказать содействие в самоубийстве, не ссылаясь на медицинские, психологические, социальные обстоятельства и опасения, которые обычно лежат в основе просьбы о содействии в самоубийстве. Врачи обязаны указывать, что паллиативная помощь является реальной альтернативой, но не обязаны быть осведомленными о том, как облегчить физические или эмоциональные страдания.

До 2001 года, в Нидерландах только взрослым разрешён доступ к эвтаназии или самоубийству. Однако в 2001 году закон допускал эвтаназию для детей в возрасте 12 – 16 лет, с разрешения родителей на умерщвление детей, хотя эта возрастная группа составляет, как правило, группу пациентов, которые считаются непригодными для принятия такого решения [5]. Закон даже позволяет врачам приступить к эвтаназии, если существуют разногласия между родителями. К 2005 году, в Гронингене был принят протокол, который разрешает эвтаназию новорожденных и детей младшего возраста, которые не должны иметь “никакой надежды на хорошее качество жизни”. В 2006 году законодатели в Бельгии заявили о намерении изменить закон, чтобы включить в эвтаназию младенцев, подростков, и людей с деменцией или болезнью Альцгеймера [9].



Рис. 3. Фотография сделана из учебника «Hodgkin's Disease» в 1938 году.

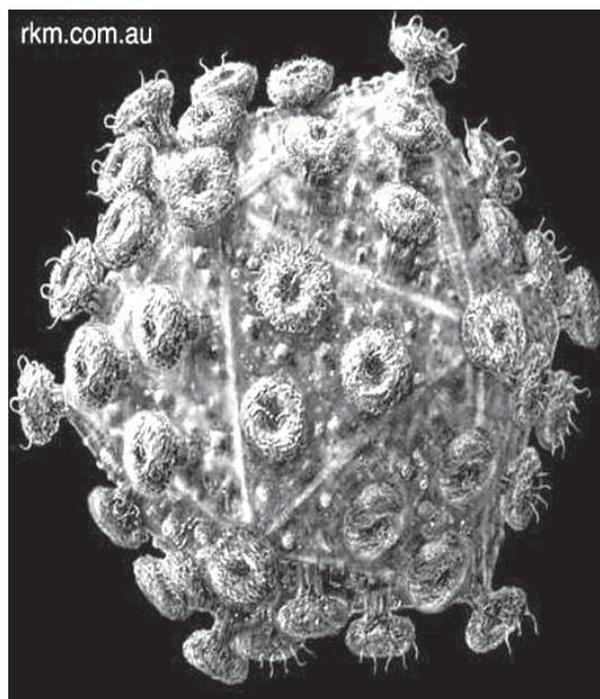


Рис. 4. Ag HIV (антиген ВИЧ – инфекции).
Статистика свидетельствует, что у ВИЧ – инфицированных детей, в 1200 раз выше риск таких заболеваний как: лимфома не-Ходжкина – 65 %, лейомиома и лейомиосаркома – 15 %, лейкемия – 6 %, саркома Капоши – 5 %, лимфома Ходжкина – 3 %, карцинома – 2 %. Без лечения ВИЧ – инфекции смертность повышается на 40 – 70 %. У 80 % ВИЧ – инфицированных детей встречается эпизодически пневмоцистная пневмония.

В Бельгии специалисты предпочли проигнорировать требование, что, в случае отказа от неизлечимо больных пациентов, должен соблюдаться интервал 1 месяц с момента первого запроса и до момента, когда эвтаназия производится. Один специалист сообщил, что его подразделение учитывает среднее время от поступления пациента до момента осуществления эвтаназии, казалось бы, в “безнадежной” ситуации у пациентов было около 3,5 дней [13]. Этот специалист утверждал, что основополагающим принципом было благодеяние. Изначально, эвтаназия в Нидерландах была, в крайнем случае, при отсутствии других вариантов лечения. Удивительно, однако, паллиативная помощь консультанта не является обязательной в юрисдикциях, разрешающих эвтаназию или помощь в самоубийстве, хотя неконтролируемая боль и симптомы остаются среди причин, по которым запрашиваются эвтаназия или самоубийство [14].

С 2002 по 2007 годы в Бельгии, паллиативная помощь проводилась при консультации врача (во – вторую очередь) только в 12 % всех случаев эвтаназии [9]. Паллиативная помощь команды врачей осуществлялась более чем в 65 % случаев эвтаназии. Кроме того, услуги паллиативной помощи снижались. В 2002 году, паллиативной помощью команды врачей были проведены консультации в 19% случаев эвтаназии, но к 2007 году она снизилась до 9% случаев. Находя, что в Бельгии, легализация сопровождается значительными улучшениями паллиативной помощи в стране [2, 5]. Другие исследования сообщают о снижении паллиативной помощи [8, 11]. Следует отметить, что легализация эвтаназии или самоубийства не требуется, в других странах, таких как Соединенное Королевство, Австралия, Ирландия, Франция, и Испания, в которых паллиативный уход развиты больше, чем в Бельгии и Нидерландах. Есть и другие примеры, что “социально скользкий путь” как явление действительно существует. В Швейцарии в 2006 году, в университетской больнице в Женеве было проведено сокращение сотрудников осуществляющих паллиативный уход (от 1,5 до 2 штатных врачей) после принятия решения больницей о разрешении самоубийства, центр паллиативной помощи тоже был закрыт. 15% врачей в Нидерландах выразили обеспокоенность тем, что экономическое давление может побудить их рассмотреть эвтаназию для некоторых своих пациентов; уже умирающего пациента усыпляют, чтобы освободить больничную койку [6].

В Великобритании на парламентских слушаниях по эвтаназии несколько лет назад один голландский врач утверждал, что “мы не нуждаемся в паллиативной медицине, мы практикуем эвтаназию” [9]. Сторонники эвтаназии, как правило, игнорируют эти опасения по поводу “социально скользкого пути” и решили опровергнуть этот “скользкий путь” как аргумент на том основании, что легализация эвтаназии и самоубийства не привело к экспоненциальному увеличению случаев эвтаназии или непропорционально большому числу уязвимых лиц [10]. Тем не менее, существуют доказательства того, что эти утверждения недостоверны.

Число смертей с помощью эвтаназии во Фландрии удвоилось с 1998 года [8]. Из общего количества смертей в этой Фламандской части Бельгии (население 6 миллионов), 1,1%, 0,3% и 1,9% произошли путем эвтаназии в 1998, 2001 и 2007 годах соответственно (около 620, 500, и 1040 человек соответственно в те годы). Чамбаере и соавт. [10] сообщили в своём докладе Канадской медицинской Ассоциации, что в Бельгии, эвтаназия без согласия пациента сократилась с 3,2% в 1998 г. до 1,8% в 2007 году. Однако при более внимательном обзоре оригинального исследования видно, что показатель эвтаназии сократился до 1,5% в 2001 году и затем вновь увеличился до 1,8% в 2007 году.

В Голландии, общие темпы эвтаназии составляли 1,7% всех смертей в 2005 году по сравнению с 2,4% и 2,6% в 2001 и 1995 годах соответственно, но не отличались с 1990 года, когда данный показатель составил 1,7% [17]. Однако, голландское правительство, ссылаясь на данные официальной статистики, указывает на рост эвтаназии на 13% в 2009 г. по сравнению с 2008 годом; эвтаназия в настоящее время составляет 2% всех смертей. Учитывая растущее число, заинтересованность учреждений, обеспечивающих эвтаназию (похожие случаи были зарегистрированы в швейцарском ассистированном самоубийстве благодаря специалистам группы Дигнитас). В Орегоне, хотя в ряде случаев процент эвтаназии очень мал по отношению к населению: 24 предписания были написаны в 1998 году (16 из которых привели к гибели по – причине ассоциированного самоубийства), 67 таких случаев зарегистрированы в 2003 году (43 из которых привели к гибели по причине самоубийства), и 89 подобных случаев обнаружено в 2007 году. В Бельгии, услуги недобровольной эвтаназии снизилась; они составляли 3,2%, 1,5% и 1,8% всех случаев смерти в 1998, 2001 и 2007 годах соответственно (1800, 840 и 990 соответственно пациентов в те годы) [18]. В Нидерландах практика эвтаназии снизилась с 0,7% в 2001 году до 0,4% в 2005 году [16, 19]. Фактический показатель, вероятно, выше, ввиду большого количества незарегистрированных случаев.

Заключение.

Организация Объединенных Наций установила, что право эвтаназии в Нидерландах установлено в нарушении Всеобщей декларации прав человека, поскольку существует опасность для человека и угроза целостности для жизни каждого человека. ООН также выразил опасение, что система может не обнаружить и предотвратить ситуации, в которых люди могут подвергаться неоправданному давлению, чтобы предоставить согласие на эвтаназию и может обойти гарантии. Самостоятельность и выбор являются важными ценностями в любом обществе, но и они тоже не без ограничений. Наше демократическое общество легализовало много законов, которые ограничивают индивидуальную автономию и выбор человека так, чтобы общество обеспечивало более крупные сообщества. Законодатели в некоторых странах и юрисдикциях, в прошлом году, проголосовали против легализации эвтаназии и ассистированного самоубийства частично из-за озабоченности и доказательств, описанных в настоящей обзорной статье. К тем юрисдикциям относятся Франция, Шотландия, Англия, Южная Австралия, и Нью-Гэмпшир. Они предпочли совершенствование службы паллиативной помощи и просвещения медицинских работников и общественности [20, 21, 22].

Литература:

1. Deliens L., van der Wal G. The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. *Lancet*. 2003 ;362:1239–40.
2. Watson R. Luxembourg is to allow euthanasia. *BMJ*. 2009; 338:b1248.
3. Steinbrook R. Physician-assisted death—from Oregon to Washington State. *N Engl J Med*. 2008; 359:2513–15.
4. Hurst S., Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ*. 2003; 326:271–3.
5. Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., De Keyser E., Deliens L. The medical practice of euthanasia in Belgium and the Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy*. 2009;90:181–7.
6. Caplan A.L., Snyder L., Faber–Langendoen K. The role of guidelines in the practice of physician-assisted suicide. University of Pennsylvania Center for Bioethics Assisted Suicide Consensus Panel. *Ann Intern Med*. 2000; 132:476–81.
7. Van der Heide A., Onwuteaka–Philipsen B.D., Rurup M.L., et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med*. 2007;3 56:1957–65.
8. Van den Block L., Deschepper R., Bilsen J., Bossuyt N., Van Casteren V., Deliens L. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *BMJ*. 2009;339:b2772.
9. Van den Block L., Deschepper R., Bilsen J., Bossuyt N., Van Casteren V., Deliens L. Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*. 2009; 9:79.
10. Chambaere K., Bilsen J., Cohen J., Onwuteaka–Philipsen B.D., Mortier F., Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ*. 2010;182:895–901.
11. Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Mortier F., Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ*. 2010;341:c5174.
12. Inghelbrecht E., Bilsen J., Mortier F., Deliens L. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ*. 2010; 182:905–10.
13. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1185–91.
14. Emanuel E.J., Fairclough D.L., Emanuel L.L. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA*. 2000; 284:2460–8.
15. Breitbart W., Rosenfeld B., Pessin H., et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284:2907–11.
16. Smith SW. Evidence for the practical slippery slope in the debate on physician assisted suicide and euthanasia. *Med Law Review*. 2005;13:17–44.
17. Sheldon T. Dutch GP found guilty of murder faces no penalty. *BMJ*. 2001;322:509.
18. Bilsen J., Cohen J., Chambaere K., et al. Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium. *N Engl J Med*. 2009;361:1119–21.
19. Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Deliens L. Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. *Med Care*. 2010;48:187–92.
20. Verhagen A.A., Sol J.J., Brouwer O.F., Sauer P.J. Deliberate termination of life in newborns in the Netherlands; review of all 22 reported cases between 1997 and 2004 *Ned Tijdschr Geneesk*. 2005;149:183–8.
21. Sheldon T. Dutch law leads to confusion over when to use life ending treatment in suffering newborns. *BMJ*. 2009; 339:b5474.
22. Burgermeister J. Doctor reignites euthanasia row in Belgium after mercy killing. *BMJ*. 2006; 332:382.