

*Станислав БОРОДИН,
Валерий ГЛУШКОВ*

Убийство из сострадания

Достижения научно-технического прогресса, медицинской науки и практики в области реаниматологии, а также проведенные в США исследования феномена продолжения жизни после смерти тела способствовали изменению отношения к смерти как одномоментному явлению. Ее все больше стали представлять как процесс, растянутый во времени, соответствующий постепенному разрушению отдельных частей человеческого организма. Ранее установленные критерии определения смерти человека пришли в противоречие с ее современным пониманием. Эти изменения коснулись и одной из сложнейших проблем — проблемы эвтаназии, непосредственно связанной с насильственным лишением жизни другого человека — убийством.

Эвтаназия (в переводе с греческого — хорошая или легкая смерть) — это намеренное ускорение наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий. Эвтаназию в уголовно-правовом значении можно определить как умышленное лишение жизни безнадежно больного человека для избавления его от страданий.

В медицинской литературе различают два вида такой смерти. Сущность активной (позитивной) эвтаназии заключается в осуществлении определенных действий по ускорению смерти страдающего человека с безнадежным прогнозом на последнем этапе болезни. Пассивная (негативная) эвтаназия — это отказ от мер, способствующих поддержанию жизни безнадежно больного человека. Некоторые авторы выделяют еще два понятия — ортоназия и дистаназия. Так, польский специалист Е. Савицкий под дистаназией понимает поддержание врачом жизни больного, признанного уже неизлечимым, хотя не страдающего чрезмерно, с помощью дорогих и с трудом добываемых средств. Прекращение этих мероприятий, а иногда лишь их ограничение вызвали бы моментальную смерть пациента. Врач, который в подобном состоянии применяет такие мероприятия, поддерживает в больном жизнь с помощью дистаназии. Прекращение этих мероприятий называется ортоназией 2.

Рассматриваемый комплекс проблем имеет два общих аспекта. Первый из них касается обязанности проводить реанимацию, а второй заключается

¹ См. Раймони М. Жизнь после смерти. М., 1990, с. 91.

² См. Ресусцитация: теория и практика оживления. Варшава, 1976.

Бородин С. В. — доктор юридических наук, профессор, главный научный сотрудник Института государства и права РАН.

Глушков В. А. — доктор юридических наук, и. а. профессора Киевской академии МВД Украины

в том, что врач имеет право прервать такие действия. В первом случае можно выделить две принципиально различные ситуации. Одна — когда остановка сердцебиения и дыхания является неотъемлемой частью процесса умирания человеческого организма вследствие неизлечимого заболевания или естественного исхода, обусловленного истощением жизненных сил. Как бы эффективно ни были использованы при реанимации успехи современной медицины, смерть является неизбежным концом жизни каждого человека. Вторая ситуация заключается в том, что прекращение функций дыхания и кровообращения наступает в результате несчастного случая (травма, попытка самоубийства и т. п.) и при этом организм сохраняет определенный запас сил для продления жизни. Как в первом, так и во втором случаях может оказаться спорной правомерность отказа от реанимации, встает вопрос о пределах ответственности медицинского работника.

Проблема эвтаназии имеет не только юридическую, но и политическую, экономическую, евгеническую и этическую стороны, но мы рассматриваем только уголовно-правовой аспект. Дело в том, что общество все больше сталкивается с проблемой обслуживания больных на пороге смерти — в частности, находящихся в продолжительном вегетативном состоянии, а также критически больных новорожденных³. Возможность решать эти вопросы — показатель способности общества обеспечить соблюдение прав и законных интересов граждан, нуждающихся в оказании медицинской помощи, в облегчении состояния при тяжелых болезнях, грозящих смертью.

С юридической точки зрения проблема заключается, с одной стороны, в правовой оценке проводимых мероприятий, причем особенно важно оценить правомерность решения врача о необходимости (или ненужности) этих вмешательств, определить границы его полномочий, а также критерии ответственности. С другой стороны, задача состоит во всемерной охране прав и законных интересов граждан на последнем этапе их жизни. Моральные, этические и законодательные проблемы эвтаназии широко рассматриваются в настоящее время в зарубежной литературе.

Как известно, уголовное законодательство России, Украины и других республик бывшего Союза исходит из того, что человеческая жизнь должна охраняться не только в процессе жизни, но также в процессе рождения и в процессе смерти. Это вполне гуманное, справедливое требование уголовного закона. Однако в литературе ставится вопрос о целесообразности продолжения страданий умирающего человека. Этот принципиальный вопрос приобретает все большую актуальность для уголовного права. Он настолько сложен, что на него даются диаметрально противоположные ответы как юристами, так и медиками. Представляется, что здесь идет речь прежде всего об облегчении страданий умирающего в результате физиологических, патологических процессов или несчастного случая. В этом плане определен интерес представляет так называемое Крефельдское решение Федерального суда ФРГ, который подтвердил обязанность врача вмешиваться при любых попытках самоубийства, но в то же время оправдал врача, не предпринявшего мер к спасению жизни одной старой и безнадежно больной женщины, принявшей смертельную дозу снотворного. Суд исходил из соображения, что больная, если и выживет, то с очень серьезными нарушениями здоровья⁴.

В 1986 г. на 56-м съезде немецких юристов в Берлине, проводимом совместно с хирургами, обсуждалась тема «Право на собственную смерть? Противоречия между долгом сохранения жизни и собственным мнением в

³ На грани жизни и смерти (краткий очерк современной биоэтики в США). Пер. с англ. М., 1989.

⁴ См. Weddington W. W. Eutanasia. «Jama», 1981, V. 246, N. 17, p. 1949—1950.

уголовном праве». В результате обсуждения в Уголовный кодекс ФРГ был предложен раздел о подходе к оказанию помощи умирающим.

Принципиальные положения этого подхода таковы: а) помощь умирающим — общечеловеческий долг; б) врач обязан облегчить боль, пренебрежение обезболиванием наказуемо по закону; в) лечебные мероприятия, отдаляющие неизбежную смерть, могут быть прекращены; г) прямые вмешательства для ускорения смерти недопустимы (иными словами, активная эвтаназия отвергается); д) завещательное распоряжение умирающего необходимо оценивать критически, так как больной не всегда верно оценивает ситуацию; е) вмешательство адвоката должно быть отклонено (в этом не было достигнуто согласия между юристами и врачами)⁵.

В штате Калифорния (США) принят закон «О праве на смерть», позволяющий хронически больным людям, подписав завещание, отказаться от искусственных средств поддержания жизни. Еще в 23-х штатах США безнадежным больным предоставляется возможность самим решать, в какой мере им должна оказываться помощь при безнадежном состоянии. Следует также отметить, что в 1936, 1969 и 1976 гг. на рассмотрение палаты лордов в Великобритании вносились законопроекты о целесообразности легализации эвтаназии. В Голландии в настоящее время парламент рассматривает возможность принятия закона, разрешающего активную эвтаназию, т. е. смертельную инъекцию страдающим от сильных болей неизлечимо больным. Несмотря на то что закон еще не принят, голландские врачи уже делают 5—10 тыс. таких инъекций в год⁶.

В ряде стран признано желательным создание специальных клиник, в которых неизлечимо больные люди, находящиеся в терминальном периоде болезни, могли бы безболезненно и спокойно закончить свою жизнь. Такие клиники создаются, например, в Англии и в Польше.

К сожалению, имеющийся Устав Советского фонда здоровья и милосердия совершенно не оговаривает вопросов, связанных с оказанием помощи неизлечимо больным людям, с облегчением их страданий. По нашему мнению, назрела необходимость создания специальной службы милосердия, в частности центров милосердия, где таким людям оказывалась бы посильная помощь. Примером может послужить открытие «хосписов» в Санкт-Петербурге. Учреждение подобных центров и службы в целом целесообразно с разных точек зрения. В плане деонтологическом и этическом оно означало бы создание благоприятных условий для обеспечения доверия между врачом и пациентом, исключение психической травмы для других больных; с точки зрения милосердия — избавление родственников и близких от созерцания страданий умирающего человека; с научной — открыло бы возможность исследования процессов умирания, подготовки высококвалифицированных специалистов-танатологов; с психологической — помогло бы подготовить человека к смерти. Следовало бы более тщательно изучить опыт других стран по созданию и функционированию подобных учреждений.

Определенный научный интерес представляют данные социологических исследований медицинского персонала по проблемам эвтаназии. На проведенных в США опросах от 61 до 97% врачей различных специальностей высказались за применение активной и пассивной эвтаназии. Проведенный нами опрос среди слушателей Киевского института усовершенствования врачей показал, что 90% из них одобряют применение активной и пассивной эвтаназии.

Сторонником эвтаназии был А. Кони, который полагал, что она допустима

⁵ См. Carstensen J., Schreiber H. Z. Weitgehende sachliche Ubereinstimmung bei der Sterbehilfe zwischen Arzten und Juristen. «Chirurg», 1987, H. 58, № 4, S. 303—304.

⁶ Коротких Р. В. Вопросы врачебной этики в международных и медицинских документах. «Советское здравоохранение», 1982, № 2, с. 64; «Медицинская газета», 8 июня 1988.

с нравственной и юридической позиций при наличии: а) сознательной и устойчивой просьбы больного; б) невозможности облегчить страдания больного известными способами; в) точной и несомненной доказанности невозможности спасти жизнь, установленной коллегией врачей при обязательном единогласии; г) предварительного уведомления прокуратуры⁷. Эту точку зрения в настоящее время поддерживает Н. Малеин, который, в целом соглашаясь с вышеизложенными условиями, добавляет, что эвтаназия — исключительное право человека, а не обязанность и тем более не право врача, третьих лиц или учреждений⁸.

Законы о праве на смерть вызывают критику со стороны ряда юристов и медиков, указывающих, что несовершенство формулировки может открыть лазейку для злоупотреблений, привести к игнорированию реальных проблем умирающего человека. Так, польский автор Й. Богуш полагает, что нельзя признать правильной легализацию эвтаназии. «Врач, — пишет он, — несет ответственность за сохранение жизни больного. Ускорение смерти действием или недосмотром — недопустимо. Там, где спасение уже невозможно, а смягчение страданий необходимо, долг врача — утешать страдания»⁹. Ряд советских авторов считают, что эвтаназия недопустима с нравственной и юридической позиций: никто не волен лишать человека жизни, которая должна поддерживаться во всех случаях до естественного конца. Кроме того необходимо учитывать как возможность ошибки в прогнозе состояния больного, так и опасность злоупотребления эвтаназией со стороны врача или других лиц¹⁰.

Сложность проблемы эвтаназии диктует и дифференцированный подход к ее решению. Необходимо выработать отношение отдельно к активной и к пассивной эвтаназии, к неизлечимо больному человеку, чтобы можно было юридически правильно оценить с точки зрения социальной справедливости это явление. Как правило, в специальной литературе отрицается возможность применения эвтаназии в условиях отечественного здравоохранения¹¹. Однако авторы не выделяют виды активной эвтаназии. Отсутствие такого подхода не позволяет подойти и к вопросам юридической оценки активной эвтаназии, хотя в целом в литературе об этом говорится. Речь идет о двух видах активной эвтаназии: а) осуществляемой в виде системы; б) эпизодической.

Рассмотрим каждый из них. Как система активная эвтаназия существовала в нацистской Германии. Программа «Эвтаназия» разрабатывалась на протяжении ряда лет. Для ее проведения в жизнь был разработан специальный метод отбора, действовали особые организации — «Имперское общество лечебных и подшефных заведений» и «Имперский общественный фонд попечительных заведений». Врачи-эксперты заочно, зачастую без всякого осмотра, приговаривали больных к смерти. Как было установлено на Нюрнбергском процессе, только за один год в Германии было под видом больных умерщвлено около 275 тыс. человек¹².

Активная эвтаназия в отношении неизлечимо больных была осуждена Нюрнбергским международным трибуналом как преступление против человечности. Учитывая этот исторический опыт, в создающемся у нас новом уголовном законодательстве целесообразно предусмотреть самостоятельный

⁷ См. Кони А. Ф. Собрание сочинений в 8-ми томах. Т. 4. М., 1967, с. 503.

⁸ См. Малеин Н. С. Гражданский закон и права личности в СССР. М., 1981, с. 84.

⁹ Bogusz J. Sumienie najwyzszym sedza. Chorzy w stanach terminalnych a etyka sawodowa w medycznie. Bydgoszcz, 1985, s. 5—11.

¹⁰ Деонтология в медицине в 2-х томах. Общая деонтология. Под ред. В. В. Петровского. Т. 2. М., 1988, с. 282.

¹¹ См. Карпец И. И. Уголовное право и этика. М., 1985, с. 156—160; Хорват Т.

Эвтаназия — проблема медицинской этики и уголовного права. Правовые исследования. Тбилиси, 1977, с. 151—160.

¹² Рагинский М. 10. Нюрнберг перед судом истории. М., 1986, с. 161—162.

состав преступления, влекущий за собой ответственность за систематическое проведение активной эвтаназии в отношении неизлечимо больных людей. Прежде чем дать юридическую оценку активной эвтаназии, осуществляемой в единичных случаях, следует рассмотреть и оценить феномен негативной эвтаназии. Для этого необходимо обратиться к действующим медицинским документам и соответствующим источникам литературы. В связи с развитием отечественной трансплантологии и острой необходимостью получения трансплантата от доноров союзное Министерство здравоохранения издало приказ № 236 от 17 февраля 1987 г. «О дальнейшем развитии клинической трансплантологии в стране», в котором имеется инструкция по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга. Согласно п. 1 данного документа, смерть — это состояние гибели организма как целого с полным необратимым прекращением функций головного мозга. Смерть констатируется на основании комплекса признаков, наличие которых необходимо и достаточно для установления как факта полного прекращения функционирования головного мозга, так и необратимости этого состояния даже при искусственном поддержании с помощью реанимационных мероприятий сердечной деятельности (искусственная вентиляция легких, сердечно-сосудистые стимуляторы).

Однако возможны случаи, когда с помощью реанимационных мероприятий удастся восстановить или поддерживать деятельность сердца и низших отделов нервной системы, но восстановления функций головного мозга не происходит, а коматозное состояние оказывается необратимым. При этом различаются: а) состояние стойкой декортикации и вегетативное состояние, когда при необратимых повреждениях высших отделов головного мозга сохраняются функции ствола мозга, ряд подкорково-стволовых реакций, в частности самостоятельное дыхание; б) состояние «смерти мозга», когда имеет место гибель всего головного мозга. В первом случае, несмотря на необратимое повреждение, необратимое нарушение или утрату функций высших отделов мозга, больной является живым существом со всеми вытекающими из этого последствиями, касающимися его прав и обязанностей лечащих его врачей. Во втором случае с помощью реанимационных мероприятий искусственно поддерживаются сердечная деятельность и кровообращение, создавая только видимость жизни. На самом деле человек, находящийся в состоянии смерти мозга, мертв, и продолжение его реанимации фактически обеспечивает лишь перфузирование трупа и ускоряет смерть¹³.

Исходя из изложенного, попробуем дать юридическую оценку эвтаназии на основании действующего уголовного законодательства. Отключение реанимационных мероприятий при тотальной гибели головного мозга приводит сразу же к остановке сердцебиения и дыхания, к прекращению всех жизненных процессов организма, поддерживаемых до этого с помощью искусственной вентиляции легких и применения сердечно-сосудистых лекарственных средств. Можно ли сказать, что прекращение специальных мероприятий является преступлением? Формально такое деяние подпадает под признаки двух составов преступлений: либо неоказание помощи больному лицом медицинского персонала (ч. II ст. 128 УК РСФСР, ч. II ст. 113 УК Украины) в случае, если неоказание помощи больному повлекло тяжкие последствия (в данном случае смерть), либо убийство со смягчающими обстоятельствами.

Представляется, что в подобных обстоятельствах бездействие медицинских работников не содержит состава указанных преступлений, ибо здесь

¹³ См. О дальнейшем развитии клинической трансплантологии в стране. Приказ Минздрава СССР № 236 от 17 февраля 1987 г. М., Минздрав СССР, 1987, с. 16.

нет правоохраняемого объекта, нет человека, жизнь которого должна охраняться законом. Здесь также нет состояния агонии, под которой понимается последний этап умирания, характеризующийся подъемом активности компенсаторных механизмов, направленных на борьбу с угасанием жизненных сил организма¹⁴. В данном случае реанимация производится ради реанимации, а не ради спасения жизни. Правомерность прекращения реанимации определяется исчерпанием профессиональных медицинских функций. Этот вывод не может быть поколеблен и отсутствием согласия как потерпевшего, так и его законных представителей.

Что же происходит, когда реанимация приводит к развитию стойкой декортикации и вегетативного состояния? Как в этих условиях рассматривать прекращение реанимации? Как неоказание помощи больному лицом медицинского персонала или убийство? Следует отметить, что в данном случае налицо агония, но факта наступления смерти еще нет. Вышеупомянутый приказ союзного Минздрава исходит из того, что в такой ситуации больной — живое существо со всеми вытекающими отсюда правовыми гарантиями, поэтому ему необходимо оказывать посильную помощь. Но следует отметить и то, что наступившие последствия, как уже говорилось, необратимы. Польский автор Г. Маслиньска полагает, что нецелесообразно оказывать помощь при агонии умирания¹⁵. Согласно же упомянутому приказу Минздрава СССР, прекращение реанимации в таком состоянии неправомерно, поскольку лишь тотальная гибель головного мозга исключает дальнейшую целесообразность оказания помощи. В подобных случаях врач действует в ситуации наступления тяжких последствий заболевания или травмы больного, причем прекратить или сделать обратимыми эти последствия он не в состоянии.

Прекращение на этом этапе реанимационных мероприятий приводит к наступлению смерти. Какова же должна быть юридическая оценка содеянного — неоказание помощи больному лицом медицинского персонала или убийство? Возможны два варианта решения этого вопроса.

Первый — данное деяние правомерно. Тогда фактически будет признана и правомерность пассивной эвтаназии (но активная эвтаназия в отношении неизлечимо больных исключается в любом случае).

Второй вариант — отключение реанимационных мероприятий, в соответствии с названным приказом 1987 г., является неправомерным. Представляется, что в таком случае лишение жизни больного следует рассматривать как убийство из сострадания, совершенное по настоятельной просьбе потерпевшего (разумеется, это включает и его согласие). При отсутствии такового — деяние следует рассматривать как неоказание помощи больному лицом медицинского персонала, повлекшее тяжкие последствия для потерпевшего (в данном случае смерть), что карается согласно ч. II ст. 128 УК РСФСР, ч. II ст. 113 УК Украины.

В таком случае нельзя согласиться с точкой зрения польских авторов. Надлежащая помощь умирающему человеку должна оказываться до момента наступления смерти мозга. Кстати, сама Маслиньска в той же работе высказывает мнение, что «сокращение жизни умирающего человека является с юридической точки зрения убийством».

Подводя итог, следует сказать, что действия виновных лиц в подобной ситуации должны квалифицироваться либо как убийство по согласию, либо как неоказание помощи больному лицом медицинского персонала.

Напомним в связи с этим, что уголовные кодексы России и Украины 1922 г. в примечании к ст. 143 оговаривали, что убийство, совершенное

¹⁴ См. Большая медицинская энциклопедия. Изд. 3-е. Т. 1. М., 1974, с. 54. ¹⁵ Маслиньска Г. Проблема деонтологии и профессиональной этики медицинских работников в Польше. «Вестник Академии медицинских наук СССР», 1985, № 5, с. 32—38.

по настоянию убитого из чувства сострадания, не карается. Иными словами, согласие потерпевшего на причинение ему смерти являлось обстоятельством, исключающим уголовную ответственность. Однако уже в ноябре 1922 г. генеральный прокурор Н. Крыленко выступил с критикой примечания к ст. 143 УК, доказывая его необоснованность. На IV сессии ВЦИК IX созыва, обсуждавшей данный вопрос, примечание было исключено из текста закона. Несомненно, этот исторический факт оказал влияние на отношение нашего законодателя к согласию потерпевшего как обстоятельству, исключающему уголовную ответственность. Вместе с тем, как отмечает А. Красиков, в советской теории уголовного права это обстоятельство признается заслуживающим внимания, а по ряду дел оно учитывается и судебной практикой¹⁶.

Уголовные кодексы России 1926 г. и Украины 1927 г. такого примечания не содержали. Как справедливо отмечал в свое время А. Жижиленко, Уголовный кодекс впал в противоположную крайность, расценив убийство из сострадания как обыкновенное убийство, не влекущее за собой обязательного смягчения репрессии. Автор полагал (и это представляется нам вполне обоснованным), что убийство, совершенное по настоянию потерпевшего из чувства сострадания, следует рассматривать как особый вид «привилегированного убийства»¹⁷. Подобным образом в настоящее время поступает, например, польское уголовное законодательство. Ст. 150 УК Польши предусматривает ответственность в виде лишения свободы на срок от шести месяцев до пяти лет для того, кто убивает человека по его просьбе и под влиянием сочувствия к нему. Действующие же законы России и Украины рассматривают подобный вид убийства как простое, совершенное без отягчающих и без смягчающих обстоятельств.

С нашей точки зрения, убийство из сострадания может рассматриваться самостоятельно как отдельный вид преступления против жизни. Как отмечает И. Карпец, просьба потерпевшего также не является обстоятельством, исключающим ответственность; правда, в данном случае может идти речь о смягчающих обстоятельствах¹⁸. Основным аргументом для выделения этого состава преступления должно явиться наличие такого мотива, как сострадание к мучениям умирающего человека. В иных случаях подобное деяние следует рассматривать как убийство (простое или квалифицированное), в зависимости от наличия или отсутствия квалифицирующих признаков.

Все изложенное позволяет прийти к выводу, что применение как насильственных, так и ненасильственных методов эвтаназии недопустимо. Такая идея не имеет под собой этических, психологических и других оснований. Жизнь человека должна поддерживаться во всех случаях до естественного конца. В связи с этим важно отметить, что медицинская наука и практика не гарантированы от диагностических ошибок. Легализация эвтаназии может оказать негативное влияние на практику здравоохранения, способствовать злоупотреблениям со стороны отдельных медицинских работников, увеличить недоверие населения к качеству медицинского обслуживания и к системе здравоохранения в целом.

В виде исключения применение негативной эвтаназии допустимо при строго определенных условиях: когда невозможно оказание только паллиативной, а не радикальной помощи ввиду бесперспективности излечения и тяжелого состояния больного, но лишь в случае единодушного решения

¹⁶ См. Красиков А. Н. Сущность и значение согласия потерпевшего в Советском уголовном праве. Саратов, 1976, с. 79.

¹⁷ Жижиленко А. А. Преступления против личности. М.-Л., 1927, с. 12.

¹⁸ Карпец И. И. Проблемы современного уголовного права и криминологии. М., 1977,

консилиума компетентных специалистов и при наличии просьбы больного либо его законных представителей.

Мы считаем, что было бы целесообразно включить в проект Уголовного кодекса специальную норму, предусматривающую ответственность за применение эвтаназии в отношении неизлечимо больных людей. Одним из вариантов текста такой статьи мог бы стать следующий: «Умышленное лишение жизни безнадежно больного человека по его просьбе с целью облегчения его страданий — наказывается...» (в таком варианте учитывается мнение самого больного). Что касается меры наказания, то она могла бы быть примерно такой же, как за убийство при превышении пределов необходимой обороны.

© С. Бородин, В. Глушков, 1992

Из почты «ОНС»

Начало смотри на с. 22, 33, 54.

иным вопросам из тезисов, «дать свой отзыв или дополнение, или конкретное пояснение в самой краткой (не более 2—3 страничек) форме»⁴. Отзывы были получены от Г. Чичерина, Н. Крестинского, И. Сталина, М. Рафеса и от других большевистских деятелей, но среди них было только три представителя Востока (М. Султангадиев, Т. Рыскулов, А. Валидов). По важнейшим, в особенности по принципиальным, вопросам, с восточными коммунистами практически не советовались. Это наглядно показывает дискуссия перед и во время вышеназванного конгресса Коминтерна⁵.

Второй конгресс Коминтерна обсудил и принял известное «21 условие» приема в III Интернационал, написанное Лениным. Злополучный 13-й пункт этого документа гласил: «Партии, принадлежащие к Коммунистическому Интернационалу, должны быть построены по принципу демократического централизма»⁶ (кстати, подчеркнуто Лениным). Какая самостоятельность и демократия могли быть в таких централизованных дисциплинированных партиях! Вскоре Ленин был вынужден выступить против чересчур неприкрытых попыток навязывания другим партиям большевистских принципов. Так, по поводу резолюции по организационным вопросам третьего конгресса Коминтерна он писал: «Резолюция слишком русская: она отражает российский опыт, поэтому она иностранцам совершенно непонятна...»⁷.

Продолжение смотри с. 157.

⁴ Там же с 161.

⁵ Султангадиев М. Х. Кто я? «Татарстан», 1991, № 1.

⁶ Ленин В. И. Указ. соч., с. 209.

⁷ Ленин В. И. Поли. собр. соч., т. 45, с. 293.