

Клиническая этика запроса «не реанимировать» и других лимитирующих директив в работе врача анестезиолога-реаниматолога

Д. М. Бергер¹, В. Л. Зельман¹, Х. Мюир¹, Р. Амайя², К. И. Ершова³

¹ Департамент анестезиологии медицинской школы Кекка университета южной Калифорнии, США, СА 90033, г. Лос Анджелес, Зонал авеню 1975

² Департамент анестезиологии медицинского центра университета южной Калифорнии и округа Лос Анджелес, Лос Анджелес, США

³ Сколковский институт науки и технологий (Сколтех), Россия, 143025, Московская область, Одинцовский район, деревня Сколково, Новая ул., д. 100.

Clinical Ethics of the Do-Not-Resuscitate (DNR) Order and Other Advanced Directives in Anesthesia and ICU

Jack M. Berger¹, Vladimir Zelman¹, Holly Muir¹, Rodolfo Amaya², Ksenia Ershova³

¹ Department of Anesthesiology Keck School of Medicine University of Southern California
Los Angeles, California, USA
1975 Zonal Ave. Los Angeles, CA 90033

² Department of Anesthesiology Los Angeles County University of Southern California Medical Center
Los Angeles, California, USA

³ Skolkovo Institute of Science and Technology (Skoltech)
100 Novaya Str., Skolkovo derevnya, Odintsovo district, 143025 Moscow region, Russia

Успешное применение сердечно-легочной реанимации (СЛР) как рутинной практики спасения жизни пациентов в операционных во время анестезии позволило перенять ее для использования в палатах интенсивной терапии, затем во всех других отделениях госпиталей, и, в конечном итоге, внедрить повсеместно даже вне госпиталей. Это привело к возникновению этической дилеммы для пациентов, которые теперь сами должны запрашивать отключения приборов поддержания жизни, а также для их родственников, поставленных в сложную ситуацию при принятии решения вместо находящегося без сознания страдающего близкого человека. В этом обзоре рассматриваются этические принципы, на которые опираются администраторы госпиталей, врачи, пациенты и другие лица, выполняющие моральные обязательства обеспечения безопасности, комфорта и надлежащего лечения. Особое внимание в обзоре обращается на термин — запрос «Не реанимировать» (в англоязычной литературе *Do-Not-Resuscitate orders* или сокращенно *DNR*). Очевидно, что запрос «Не реанимировать» не равнозначен отказу от лечения пациента.

Ключевые слова: СЛР; DNR; этические принципы; этические директивы

Closed chest cardiopulmonary resuscitation (CPR), having been so successful after its introduction in the operating room for saving lives of anesthetized patients, was adopted for use in the intensive care units, then hospital-wide, and finally to out of hospital patients. This has led to ethical dilemmas involving patients who must themselves request discontinuation of artificial organ function devices and treatments, or placing family members in the difficult positions of having to make those decisions for their unconscious and suffering relatives. In this review, the Ethical principles on which physicians, hospitals, patients, and surrogate decision makers rely in order to apply their perceived moral obligations to provide patient safety, comfort, and treatment are examined with particular emphasis on do not resuscitate orders (DNR). It is clear that DNR does not equate with do not treat.

Key words: CPR; DNR; Ethical Principles; Advanced Directives

DOI:10.15360/1813-9779-2017-2-61-74

Введение

СЛР при закрытой грудной клетке впервые была использована у пациентов с остановкой сердца во время операций под общей анестезией, и первые сообщения говорили о большом успехе этой процедуры [1]. В 1961 году Джуд и соавт. со-

Introduction

Closed-chest Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) was first employed for patients who suffered cardiac arrest during surgery under anesthesia and initially reported to have high success [1]. In 1961 Jude et al reported on the use of CPR in 118 patients

Адрес для корреспонденции:

Владимир Зельман. E-mail: vzelman@med.usc.edu
Ксения Ершова. E-mail: ksunershova@gmail.com

Correspondence to:

Vladimir Zelman. E-mail: vzelman@med.usc.edu
Ksenia Ershova. E-mail: ksunershova@gmail.com

обшили о применении СЛР у 118 пациентов с остановкой сердца в госпитале Джона Хопкинса [2]. Сообщалось, что хотя сердечная деятельность возобновилась у 78% пациентов, только у 60% восстановился первоначальный неврологический статус [2].

К 1963 году повсеместное рутинное использование СЛР привело к возникновению новой проблемы для пациентов, переживших остановку сердца [3]. Результатом успешной сердечно-легочной реанимации, в особенности у больных в критическом состоянии, часто становился продленный процесс умирания и продленные страдания [3, 4]. Но в медицинской литературе до 1976 г. не встречалось упоминаний о разрешении для врача составить для пациента запрос «Не реанимировать» (DNR) [3]. Достаточно ясно, что в те ранние сроки становления СЛР и DNR многим врачам и работникам здравоохранения было сложно объединить свои моральные обязательства, а именно — выполнение всего возможного для спасения и продления жизни пациентов, и этические принципы, которые формируют основу для законодательного внедрения этих обязательств.

Существует четыре основных этических принципа: невредительство [5], действие во благо [6], автономия пациента [7] и справедливость [8].

В предыдущих статьях авторами обсуждалось, что, внедряя обозначенные выше принципы в жизнь, врач должен балансировать между тремя дихотомиями [9]:

- Потенциальная польза от лечения должна быть сопоставлена с потенциальным вредом от него, т.е. — не вызовет ли СЛР больше вреда, чем пользы?

- Стремление сохранить жизнь — сохранит ли СЛР жизнь? Или необходимо своевременное осознание ее бесполезности и необходимости лишь обеспечения комфорта процесса умирания?

- Потребности индивида сопоставляются с потребностями всего общества — невозможно и неприемлемо предоставлять всю возможную медицинскую помощь каждому, кто ее запрашивает, включая СЛР.

Эрик Дж. Кассел в своей статье «Природа страданий и цели медицины» пишет «...облегчение страданий и излечение заболевания должны рассматриваться как два обязательства, которые действительно предназначены для лечения болезней. Врач, не понимающий природу страданий, может выполнять такие медицинские вмешательства (даже если они технически адекватны), которые не только не устраняют страдания, а сами являются причиной страданий.» [10].

Как указывают Тог, Брэтт и Фрейдер, изначально технологии СЛР были предназначены для спасения жизни пациентов с обратимыми сердечными аритмиями [11]. Однако в 1992 году, уже

with cardiac arrest at The Johns Hopkins Hospital [2]. They reported that although seventy— eight percent had cardiac action restored, only 60% were returned to pre-arrest central nervous system (CNS) and cardiac status [2].

By 1963, the routine use of CPR on all patients throughout the hospital lead to new problems for those who survived the arrest [3]. Prolonged suffering and a prolonged dying process was often the result of successful cardiac resuscitation, particularly in terminally ill patients [3, 4]. But it was not until 1976 that the concept of a hospital policy permitting a physician to write an order to not resuscitate a patient appeared in the medical literature [3].

It is clear that in those early days of CPR and DNR orders, many physicians and health care workers found it difficult to reconcile what they believed to be their «Moral Obligations» to do everything possible to save and extend the lives of their patients with the «Ethical Principles» that form the basis for the legal implementation of those moral obligations.

These Four Basic Ethical principles are: Nonmaleficence [5], Beneficence [6], Patient Autonomy [7] and Justice [8].

As discussed by this author in a previous manuscript [9], implementing the above principles the physician has to balance «Three Dichotomies» [9].

- The potential benefits of treatment must be balanced against its potential burdens; will CPR cause more harm than benefit?

- Striving to preserve life; will CPR preserve life? Or must we recognize that it would be biologically futile, and we must only provide comfort in dying.

- Individual needs are balanced against those of society; it is not possible or medically acceptable to offer everything to everyone who requests it including CPR.

Eric J. Cassel, in his article the «Nature of suffering and the goals of medicine,» stated «...The relief of suffering and the cure of disease must be seen as twin obligations of a medical profession that is truly dedicated to care of the sick. Physicians' failure to understand the nature of suffering can result in medical intervention that (though technically adequate) not only fails to relieve suffering but becomes a source of suffering itself» [10].

As stated by Truog, Brett, and Frader, the techniques of CPR were originally intended to attempt to save the lives of patients with reversible cardiac arrhythmias.¹¹ But in 1992 when their paper was written, the current practice was to use CPR in all situations unless there is a direct physician order not to resuscitate [11]. «Since cardiac arrest is the final event in all terminal illness, everyone is eventually a candidate for this medical procedure...and therefore ...DNR orders were developed to spare patients from aggressive

после публикации их статьи, существующая практика предписывала использовать СЛР во всех случаях остановки сердца, если только не было прямого указания «Не реанимировать» [11]. «Поскольку остановка сердца — это финальное событие всех терминальных состояний, каждый, в конце концов, является кандидатом для этой процедуры... и, таким образом, запрос «Не реанимировать» был разработан с целью уберечь пациентов от агрессивных попыток оживления, когда смерть ожидаема и неизбежна.» [11].

Зачастую происходит так, что пациент или люди, принимающие решение за него, требуют, чтобы было проведено все возможное лечение, включая СЛР, даже в тех случаях, когда врач считает, что СЛР бесполезна и может причинить больше вреда, чем пользы [9, 11]. В подобных случаях можно утверждать, что врач должен иметь возможность привести в действие запрос DNR без согласия пациента, его родственников или других лиц, принимающих решение [11, 12]. Некоторые пациенты и/или члены их семей не соглашаются на то, чтобы DNR-запрос был записан письменно из-за страха, что остальная медицинская помощь также будет отменена. Другие верят, что они должны сделать все возможное, чтобы продолжать жить по религиозным причинам. Обширная группа пациентов находится под влиянием того, что они видели по телевидению или в кино.

В 1996 году медицинский журнал Новой Англии (NEJM) опубликовал исследование о частоте успеха СЛР в популярных телесериалах, таких как «ER», «Chicago Hope» и «Rescue 911». На телевидении актеры успешно спасают 75% «пациентов». Но в реальности эта частота составляет гораздо меньше половины случаев [13].

Исследование 2009 года предполагает, что частота успеха СЛР на телевидении могла бы быть более реалистичной; однако, в сериалах дальнейшая судьба спасенных таким образом пациентов редко является частью сценария [14]. Более того, в сериалах редко показывают, как выполняется СЛР у пожилых, «терминальных» пациентов в ОРИТ, чаще это молодые пациенты с травмой, у которых больше шансов на выживание после СЛР [14]. Имея дело с реальными пациентами, врачи, когда они берут информированное согласие на DNR, должны принимать во внимание миф об успехе СЛР, посеянный масс-медиа [14].

Чтобы противостоять этому мифу исследователи изучили успешность СЛР (без использования автоматического дефибриллятора) при различных обстоятельствах [15]. Обнаружили, что СЛР была успешной в 2–30% случаев, если выполнялась вне госпиталя, в 6–15% — в госпитале, и в удручающих 5% — у пожилых пациентов с множественными медицинскими проблемами [15].

attempts at revival when imminent death is anticipated and inevitable» [11].

It is often the case that patients or their surrogate decision makers request that everything should be done including CPR even when the physician believes that CPR would be futile and only cause more harm [9, 11]. In such cases it can be argued that the physician should be able to enact a DNR order in the absence of consent from the patient, surrogate, or family [11, 12].

Some patients and/or family members will not consent to having a DNR order written because of fear that all measures of care will also be withdrawn. Others simply believe for religious reasons that they must have everything done to continue to live. Others still are swayed by what they have seen on television and movies.

In June 1996, the New England Journal of Medicine published a study about the success rates of CPR as shown on the television medical shows «ER», «Chicago Hope» and «Rescue 911». On television the actors successfully resuscitated 75% of the pretend patients. But according to the study, the real-life estimates were less than half [13].

A 2009 study suggested that the success rate of CPR on television may be more realistic; however, on television the long term survival of these resuscitated patients is rarely a part of the script [14]. In addition, we are rarely shown CPR being performed on older, sick, terminally ill patients in the intensive care unit on television, but rather young trauma patients with a better chance of surviving CPR [14]. In dealing with real patients, physicians must take into account the media myth of CPR success rates in obtaining informed consent to write a DNR order [14].

To counter this medical myth, researchers have studied the success rates of CPR (without the use of automatic defibrillators) in various settings: they found that CPR was successful in 2–30% of victims when administered outside of the hospital, in 6–15% for patients in the hospital, and a discouraging 5% or less for elderly victims with multiple medical problems [15].

With these statistics in mind, one must look back to the 4 basic principles of medical ethics for guidance in determining whether an individual patient should be a candidate for attempted CPR should a cardiac arrest occur while in the hospital; or whether a complete informed discussion should take place with the patient and/or surrogate decision maker as to placing a DNR order on the chart in order to avoid a catastrophic outcome and increased suffering for the patient.

First, «Do No Harm» implies that assessment of patients should be conducted in advance, when possible, to avoid causing more harm and suffering to patients who have little to no chance of surviving the brutality of the CPR process.

Ethics in Intensive Care

Case Law Example (Court Ruling Limits Rights of Patients, New York Times, By GINA KOLATA, Published: April 22, 1995)

1995	Gilgunn v Mass. General Hospital	Suffolk County Superior Court, Boston	Physician and hospital discontinued life-sustaining therapy and issued a do not attempt resuscitation order despite objections of the patient and surrogate when they deemed that further care was futile.	Court ruled there was no negligence on the part of the physician or hospital.	The right of physicians to make independent judgments about withdrawing life support against the wishes of the patient or surrogate had not yet been tested in appellate court.
------	----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Пример юридического случая. («Решение суда ограничивает права пациентов» The New York Times, Джина Колата, опубликовано 22 апреля 1995 года).

Год	Случай	Судебный орган	Описание случая	Постановление суда	Вывод
1995	Катерина Ф. Гилганн; Центральный госпиталь Массачусетса	Высший суд округа Суффолк, Бостон	Врач и госпиталь остановили жизнеподдерживающую терапию и выдали DNR-запрос, несмотря на предыдущие требования пациентки и ее родственников, когда посчитали, что дальнейшее лечение будет бесполезным.	Суд постановил, что со стороны врача или госпиталя не было допущено халатности.	Право врачей выносить независимые суждения по поводу прекращения поддержания жизни, противоречащие желанию пациентов (родственников) еще не было подтверждено в Апелляционном суде.

Памятуя эту статистику, следует оглянуться на 4 базовых принципа медицинской этики для определения необходимости возможной СЛР у индивидуального пациента, если у него случится остановка сердца в госпитале, или же с ним (или с другими людьми, принимающими решение) следует обсудить DNR-запрос и результаты обсуждения фиксировать в карте пациента для избежания «катастрофических последствий» и усиления его страданий.

Первый принцип «Не навреди» предполагает, что беседа с пациентом проводится заблаговременно, если это возможно, чтобы избежать увеличения страданий и вреда для того пациента, который имеет крайне низкие шансы пережить процесс СЛР.

Второй принцип «Делай хорошо, если можешь» (принцип восходит к Святому Фоме Аквинскому, философу и теологу тринадцатого века) требует предусмотреть то же самое. На самом деле, суд США уже постановил, что врачи не обязаны предлагать или проводить то лечение пациенту, которое, по их мнению, не принесет ему пользы, даже если пациент или его семья требуют этого лечения. Таким образом, вопрос о тщетности медицинского вмешательства уже был введен в судебные процедуры [16].

Принятие решения о бесполезности медицинского вмешательства всегда было сложной проблемой для врачей. В одном из древних трактатов гиппократовского корпуса «Искусство науки и медицины» врачам и пациентам рекомендуется: «Когда бы человек ни страдал от болезни, которая слишком сильна для средств, имеющихся в распоряжении медицины, он определенно не должен надеяться, что эта болезнь может быть преодолена с помощью медицины» [17]. Подобно этому, древнегреческие врачеватели

Second, «Do Good If You Can» (a concept originating from Saint Thomas Aquinas of the 13th century) requires the same forethought. In fact the courts in the United States have already ruled that «physicians are not obligated» to offer or provide treatments to patients that they feel would not be beneficial, even if the treatment is demanded by the patient or family. Thus the issue of futility of care was entered into court proceedings [16].

Decision making in medical futility has always been a problem for physicians. In one of the ancient Hippocratic, The Art treatises, physicians and patients are admonished: «Whenever a man [sic] suffers from an illness, which is too strong for the means at the disposal of medicine, he surely must not expect that it can be overcome by medicine» [17]. Similarly the ancient Greek healers suggested that «among the 3 goals of medicine were cure, relief of suffering, and the refusal to treat those overmastered by their illness» [18]. Hippocrates discouraged the sick from asking their physicians to attempt cures that had no possibility of success. And likewise, he (Hippocrates) reminded physicians «to attempt a futile treatment was to display an ignorance that is allied to madness» [17].

In the 21st century both ethicists and intensive care specialists have come to opine that physicians must accept the responsibility for recognizing the futility of certain interventions (like CPR), and to be granted the legal privilege to decide to limit care, even against the objections of the patient or the patient's legal representative [19, 20].

In his review article on medical futility, Fine gives examples of the development of the concept of futility of care, including CPR, which culminated in legislation such as THE TEXAS ADVANCE DIRECTIVES ACT OF 1999 [17].

Fine explains that this legislation integrated multiple previous laws dealing with terminal care

тели советовали: «Три цели медицины — это лечение болезней, избавление от страданий и отказ лечить тех, у кого болезнь зашла слишком далеко» [18]. Гиппократ при отсутствии вероятности успешного лечения отговаривал больных расспрашивать о нем врача. И более того, Гиппократ говорил, что «испытывать бесполезное лечение — это отражение невежества, граничащего с сумасшествием» [17].

В двадцать первом веке специалисты по этике, а также врачи отделений интенсивной терапии пришли к выводу, что врачи должны принять ответственность за распознавание тщетности определенных вмешательств (таких как СЛР) и получить официальное разрешение определить лимит помощи, даже если это будет вопреки требованиям пациента или его законных представителей [19, 20].

В обзоре статей на тему тщетности медицинских процедур, Файн дает примеры развития представлений о тщетности помощи, включая СЛР, которые утвердились законодательно. Например, в «Расширенном директивном акте Техаса 1999 года» [17]. Файн объясняет, что этот закон объединяет множество предыдущих законов, касавшихся принятия решения в отношении терминальных больных, и делает несколько важных поправок в отношении завещания, определения терминальности и необратимости заболевания, и новых требований о том, как именно должно быть засвидетельствовано согласие с лечением [17].

Новая техасская директива 1999 года признает, что пациент может использовать этот документ, чтобы определить, какое лечение он хочет принять или отклонить в ситуации терминальной или необратимой болезни [17]. Специально установленные лица также могут принимать такое решение, если пациент не в состоянии (будет обсуждаться позднее) самостоятельно его принять [17].

Однако, техасский акт также включает условия действий врачей вопреки директиве пациента, если они понимают, что запрошенное им лечение тщетно. Это также является условием для запроса этической консультации [17]. Согласно законодательству Техаса, врачи могут найти «безопасную правовую гавань» следуя предписаниям, указанным в Акте [17].

Положения техасского закона приведены ниже в той форме, как они формулируются в обзоре Файна, поскольку они очень похожи в Уставах всех Штатов и рассматриваются как руководство в решении этических конфликтов [17]. Эти положения являют собой «безопасную правовую гавань» для институтов, этических комитетов, врачей и первые в своем роде в стране [17].

1. Семье должна быть выдана письменная информация о политике госпиталя в отношении процесса этической консультации.

decision making into a one statute, and made several important changes to the living will, the definition of terminal and irreversible illness, and new requirements for how consents should be witnessed [17].

The new Texas advance directives of 1999 recognized that patients may use this document to specify which treatments they want to reject or request in the face of terminal or irreversible illness [17]. Designated surrogates could also make such decisions if the patient lacked capacity (to be defined later) to make the decisions himself or herself [17].

However the Texas Act also included a provision for the treatment team to challenge the patient's directive, if the physicians feel the treatment requested is «medically futile» [17]. There is also a provision for requesting an ethics consultation [17]. Under the Texas law, physicians could find «a legal safe harbor» by following the process as outlined in the Act [17].

The provisions of the Texas Law are reproduced below as taken from Fine's review article because they are similar to those of most States Statutes, and serve as guidelines for the resolution of Ethical conflicts [17]. These provisions as reproduced below provide the «legal safe harbor» for physicians, institutions, and ethics committees, the first of its kind in the country [17].

1. The family must be given written information concerning hospital policy on the ethics consultation process.

2. The family must be given 48 hours' notice and be invited to participate in the ethics consultation process.

3. The ethics consultation process must provide a written report to the family of the findings of the ethics review process.

4. If the ethics consultation process fails to resolve the dispute, the hospital, working with the family, must try to arrange transfer to another provider physician and institution who are willing to give the treatment requested by the family and refused by the current treatment team.

5. If after 10 days, no such provider can be found, the hospital and physician may unilaterally withhold or withdraw the therapy that has been determined to be futile.

6. The party who disagrees may appeal to the relevant state court and ask the judge to grant an extension of time before treatment is withdrawn. This extension is to be granted only if the judge determines that there is a reasonable likelihood of finding a willing provider of the disputed treatment if more time is granted.

7. If either the family does not seek an extension or the judge fails to grant one, futile treatment may be unilaterally withdrawn by the treatment team with immunity from civil or criminal prosecution.

Ethics in Intensive Care

Case Law Example (Salgo v. Leland Stanford etc. Bd. Trustees, 154 Cal.App.2d 560 [Civ. No. 17045. First Dist., Div. One. Oct. 22, 1957.]

OLGA SALGO, as Administratrix, etc., Respondent, v. LELAND STANFORD JR. UNIVERSITY BOARD OF TRUSTEES et al., Appellants.

1957	Salgo v Trustees of Leland Stanford Hospital	Calif. Appeals Court	Salgo became paraplegic following a translumbar aortography. The patient was not informed of the risks.	The Court ruled that Physicians must inform patients of the risks, benefits and alternatives of treatment.	Enforced right to informed consent
------	----------------------------------------------	----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Пример юридического случая. Ольга Сальго в Лиланд Стэнфорд госпитале, 154 Cal. App. 2d 560; [Civ. No. 17045. First Dist., Div. One. Oct. 22, 1957.].

Год	Случай	Судебный орган	Описание случая	Постановление суда	Вывод
1957	Ольга Сальго в Лиланд Стэнфорд госпитале	Калифорнийский апелляционный суд	У пациентки развилась параплегия после транслумбарной аортографии. Она не была информирована о рисках.	Суд постановил, что врачи обязаны информировать пациентов о рисках, пользе и альтернативах лечения.	Приведено в исполнение право на информированное согласие.

2. Семье дается 48 часов для изучения информации и затем ее приглашают к участию в процессе этической консультации.

3. Во время этической консультации составляется письменный отчет обо всех ее заключениях, акт затем отдается семье.

4. Если при этической консультации не удалось разрешить возникший диспут, госпиталь, работающий с семьей, обязан попытаться организовать перевод пациента в другое учреждение, которое готово предоставить то запрашиваемое семьей лечение, которое было отвергнуто текущей врачебной командой.

5. Если после десяти дней поисков такое учреждение не будет найдено, госпиталь и врачи могут в одностороннем порядке отменить лечение, определенное как тщетное, не имеющее смысла.

6. Несогласная сторона может подать апелляцию в соответствующий суд и запросить судью о продлении лимита времени до отмены лечения. Запрос будет удовлетворен, только если судья считает, что есть веские основания полагать, что при продлении будет найдено новое место лечения.

7. Если семья не подает апелляцию или судья не выдает разрешение на продление терапии, тщетное лечение может быть отменено врачебной командой в одностороннем порядке с абсолютным иммунитетом к гражданскому или уголовному преследованию.

Однако, вероятно, что подобная «автономия врача» вступает в противоречие с третьим основным этическим принципом «автономии пациента». С конца сороковых годов двадцатого века права пациентов или их родственников на участие в принятии медицинских решений расширя-

However, this «physician autonomy» given to physicians seems to be in conflict with the Third Ethical Principle, «Patient Autonomy.» Since the late 1940's the rights of patients or their designated surrogates to participate in medical decisions has grown and matured into the concept of «true informed consent» [7, 21, 22].

In *Canterbury v Spence*, 1972, the D.C. Court ruled that disclosure must include information that a «reasonable man» would consider important to make an informed decision [22]. Thus the Concept of «reasonable person» was established in obtaining informed consent [22].

It is clear however, that physicians are poor in communicating the true implications of CPR and the risks versus the benefits to individual patients or surrogate decision makers; and therefore situations of ethical dilemmas still occur.

DNR is a physician order. It is written into the patient's chart only after full disclosure to the patient or surrogate decision maker has been completed, including a discussion of the risks and benefits of CPR as well as the alternatives to CPR, and the risks and benefits of the alternatives have been disclosed [23]. The DNR order prevents the patient's right to refuse treatment, specifically CPR, from being violated; but does not prevent the patient from receiving other medically appropriate interventions, such as intravenous medications or antibiotics, unless they also are specifically declined by the patient [23].

Based on the report [«Universal Out-of-Hospital DNR Systems,» Opinion 2.225 Optimal Use of Orders-Not-to-Intervene and Advance Directives, adopted June 2005, (www.virtualmentor.org Virtual Mentor, July 2010 – Vol 12 555) the AMA Code of

Case Law Example (Canterbury v. Spence (464 F.2d 772) 1972) United States Court of Appeals for the District of Columbia Circuit

1972	Canterbury v Spence	D.C. Circuit Court	Canterbury became quadriplegic following a laminectomy surgery. The Surgeons had disclosed information in accord with the standard in the community at the time.	The court ruled that disclosure must include information that a «reasonable man» would consider important to make an informed decision.	Concept of «reasonable person» established.
------	---------------------	--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Пример юридического случая. Canterbury v. Spence (464 F.2d 772) 1972.

Год	Случай	Судебный орган	Описание случая	Постановление суда	Вывод
1972	Катенбури в госпитале Спенс	Федеральный окружной суд округа Колумбия	У мисс Катенбури хирургическая ламинэктомия осложнилась квадриплегией. Хирург предоставил информацию в соответствии с общепринятыми стандартами того времени.	Суд постановил, что информация должна быть подана в таком виде, чтобы «обычный человек» посчитал ее достаточной для принятия информированного решения.	Сформировалась концепция «обычного человека».

лись и в итоге вызрели в современную концепцию информированного согласия [7, 21, 22].

В Спенсе в 1972 году, суд округа Колумбия постановил, что информация для пациентов должна включать то, что «разумный человек» считает важным при принятии взвешенного решения (Таблица 3), [21]. Таким образом, концепция «обычного человека» была внедрена в процесс получения информированного согласия [22].

Однако очевидно, что врачи «не сильны» в обсуждении с пациентами реальных последствий СЛР, а также ее рисков и выгоды в отношении конкретного пациента или других лиц, принимающих решение, поэтому ситуация этической дилеммы сохраняется до сих пор.

DNR — это врачебный запрос. Он записан в медицинской карте пациента после того, как вся информация о СЛР полностью предоставлена пациенту или другим лицам, принимающим решение, включая обсуждение рисков и выгоды СЛР, а также возможные альтернативы, их риски и выгоду [23]. DNR — запрос предохраняет от нарушения права пациентов на отказ от лечения, в особенности от СЛР, но при этом не препятствует получению любых медицински обоснованных вмешательств, таких, например, как инъекции препаратов или антибиотиков, до тех пор пока пациент намеренно не отказался от них.

Руководство, изданное Американской Медицинской Ассоциацией (АМА), предполагает, что внимательное отношение к желаниям и потребностям пациента в финальной стадии заболевания на основании отчета [24] ведет к улучшению качества помощи больным в терминальных состояниях [24]. Рекомендации АМА включают несколько заявок и аббревиатур, которые могут быть внедрены для выявления предпочтений пациента при согласии либо отказе от лечения, которые в экстренных ситуациях могут помочь избежать нежелательного лечения лицами, не

Medical Ethics Opinions on Seriously Ill Newborns and Do-Not-Resuscitate Orders], the AMA guidelines propose that paying closer attention to patients' wishes and desires during end stage disease can lead to better end-of-life care [24]. The AMA opinion statement goes into multiple aspects of end-of-life care planning but specifically addresses the DNR orders [24]. The AMA recommendations include a series of orders and abbreviations for those orders that could be employed to designate patients' preferences for treatment or non treatment and to help avoid such treatments being given during emergencies by personnel not aware of the patients' status [24].

The AMA «Treatment avoidance orders might include, along with a Do Not Resuscitate (DNR) order, some of the following: Full Comfort Care Only (FCCO); Do Not Intubate (DNI); Do Not Defibrillate (DND); Do Not Leave Home (DNLH); Do Not Transfer (DNT); No Intravenous Lines (NIL); No Blood Draws (NBD); No Feeding Tube (NFT); No Vital Signs (NVS); and so forth» [24]. In order to avoid confusion the designation Do Not Treat (DNT), is discouraged, since it implies that no care should be given including unintentionally the comfort care that the dying patient requires; Full comfort care only (FCCO) serves the same purpose without the likely misinterpretation [24].

Since the condition of patients tend to change, particularly with patients in the intensive care unit, all treatment avoidance orders including DNR, should be reviewed frequently to ensure that they still conform to the patients' wishes [21].

Mr. Bartling's case confirmed that an adult who has «capacity» (which is different from «competency» in the context of medical decision making) may refuse medical treatment even if, in so doing, refusal of treatment may lead to death [25].

Capacity means that at the time of the discussion about DNR, the patient is able to understand the risks and benefits and alternatives of treatment

установившими заранее статус пациента по этому вопросу [24].

По предложению АМА, отказ от нежелательного лечения может включать не только запрос «Не реанимировать» (DNR), а также любое из следующего:

«Только уход и комфорт» (Full Comfort Care Only – FCCO)

«Не интубировать трахею» (Do Not Intubate – DNI)

«Не применять дефибриллятор» (Do Not Defibrillate – DND)

«Не оставлять дома» (Do Not Leave Home – DNLH)

«Не транспортировать» (Do Not Transfer – DNT)

«Не использовать венозные линии» (No Intravenous Lines – NIL)

«Не брать кровь» (No Blood Draws – NBD)

«Не ставить желудочный зонд» (No Feeding Tube – NFT)

«Не осматривать» (No Vital Signs – NVS) и так далее [24].

Чтобы избежать путаницы, запрос «Не лечить» (Do Not Treat – DNT) был отменен, поскольку он предполагал, что никакого лечения вообще не может быть применено, включая уход и создание комфорта, в котором нуждаются умирающие пациенты. Запрос «Только уход и комфорт» служит тем же целям, но без возможности быть неверно истолкованным [24].

Поскольку состояние пациента может меняться, особенно у пациентов в ОРИТ, все запросы на отказ от лечения, включая «Не реанимировать» (DNR), должны часто пересматриваться, чтобы убедиться, что они все еще соответствуют желаниям пациента [21].

Случай г-на Бартлинга подтверждает, что взрослый человек имеет право отказаться от лечения, даже если такой отказ может привести к смерти, если имеет такую способность, (это не то же самое, что «правомочность» в контексте принятия медицинского решения). [25]. В случае принятия решения «не реанимировать» термин «способность» означает, что пациент после адекватного разъяснения осознал риски, выгоды и альтернативы лечения, и принял решение об отказе от лечения [9]. Для определения Правомочности решений пациента, включая финансовых обязательств и недвижимостью, обычно требуется оценка психиатра или судьи [9]. Человек может обладать способностью решения в отсутствие его правомочности [9].

Право отказа от лечения отличается от права требования всего возможного лечения [25]. Этой проблемы касается четвертый принцип медицинской этики. Это принцип справедливости, который говорит о честном распределении ресурсов

offered adequately to make a decision about refusing treatment [9]. It does not require memory of that conversation later, and it is determined by the judgment of the physician.⁹ Competency usually requires evaluation by a psychiatrist or Judge to determine if a patient can make decisions about his/her financial affairs or estate [9]. One can have Capacity without having competency [9].

The right to refuse medical treatments is different from the right to demand all treatments [25]! The forth principle of medical ethics deals with this issue. That is, the principle of «Justice» deals with the fair distribution of resources between the individual patient and society at large [8]. In their study entitled «Do Not Resuscitate Orders and the Cost of Death,» Maksud and his associates examined whether implementation of advance directives lead to reductions in health care costs near the end of life, depending on when the orders were written and applied [26]. They reviewed the hospital charts of 852 of the 953 deaths that occurred in the hospital. The data they reviewed included resuscitation status, timing of DNR orders, participants in decision making, and physician and hospital charges [26].

Of the 852 patient records they reviewed, 73% had a DNR order at the time of death [26]. Interestingly, they found a wide range of use of DNR orders according to hospital service, 97% of those who died on the oncology service, while only 43% of the deaths on the cardiology services [26]. Seventeen percent of the patients who died in the hospital had DNR orders in place prior to admission [26]. Patients who died with a DNR order had longer hospital stays (median, 11.0 days) compared with those who died without a DNR order (6.0 days), indicating that implementing a DNR order does not lead to earlier deaths [26].

Overall average hospital charges for all patients who died were \$61,215. But the average hospital charges for those who were admitted to the hospital with a prior DNR order were \$10,631 and \$73,055 for those who had a DNR order instituted in hospital [26]. This study provides support for having discussions about DNR and advanced directives for patients with end stage diseases who might likely be admitted to the hospital. It clearly also demonstrated that patients with DNR orders prior to admission had lower overall hospital charges, it was not due to shorter length of stay or earlier deaths [26].

It is clear that obtaining consent from patients for DNR orders has not been used nor should it be used to decrease hospital costs but rather to decrease utilization of interventions such as CPR for cases in which cardiac arrest can be anticipated. In this light, as a final consideration in any discussion of DNR orders one must examine the maintenance or suspension of the DNR order when a severely ill or terminally ill patient must undergo a surgical procedure

Case Law Example (Bartling v. Glendale Adventist Medical Center) (1984) [Civ. No. B007907. Court of Appeals of California, Second Appellate District, Division Five. December 27, 1984.]

1984	William Bartling	Calif. Appeals Court	70 y/o male on ventilator support for pulmonary aspiration. He had a history of terminal cancer. He signed a living will and medical durable power of attorney requesting withdrawal of life support. His Family concurred. The Hospital and caregivers refused claiming the patient's mood changed according to his degree of depression.	The Appeals Court upheld Mr. Bartling's right to self – determination reversing a lower court support of the hospital.	This decision actually Upheld an 1891 Supreme Court Decision upholding common law right of self-determination; every individual has possession and control of his own person. An adult who has «capacity» may refuse medical treatment even if in so doing, refusal leads to death. Different from right to demand all treatments!
------	------------------	----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Пример юридического случая. Вильям Бартлинг, 1984 [Civ. No. B007907. Court of Appeals of California, Second Appellate District, Division Five. December 27, 1984.].

Год	Случай	Судебный орган	Описание случая	Постановление суда	Вывод
1984	Вильям Бартлинг в Адвентистском Медицинском Центре в Глендейле, Калифорния	Калифорнийский апелляционный суд	70-ти летний мужчина на ИВЛ по поводу аспирации с терминальной стадией рака в анамнезе. Он подписал завещание и медицинскую доверенность на отключение аппаратов поддержания жизни. Семья также согласилась. В госпитале отказались утверждать запрос, ссылаясь на то, что больного настроение постоянно меняется в зависимости от уровня депрессии.	Апелляционный суд постановил отменить в силе право г-на Бартлинга на отключение аппарата ИВЛ, в то время как суд нижней инстанции поддерживал госпиталь.	Это решение в действительности составляет в силе решение Высшего суда от 1891 года, устанавливающее право каждого на самоопределение. Каждый человек имеет право распоряжаться и контролировать свою личность и тело. Взрослый человек, способный отказаться от лечения, может это сделать, даже если это ведет к неминуемой смерти. В отличие от права требовать все возможные процедуры!

между индивидуальными пациентами и обществом в целом [8]. В своем исследовании «Запрос «Не реанимировать» и цена смерти» Максуд и коллеги оценивали, ведет ли внедрение запросов DNR к уменьшению затрат здравоохранения на лечение безнадежных пациентов в зависимости от сроков их написания и применения [26].

Был проведен анализ 852 медицинских карт в 953 случаях смерти в госпитале. Анализировали частоту применения СЛР, время подачи заявки «Не реанимировать», участие пациентов в принятии решения и расходы на оплату врачам и госпиталю [26].

Из 852-х пациентов 73% сформулировали запрос «Не реанимировать» к моменту смерти [26]. Интересной находкой явилось то, что частота запроса «Не реанимировать» широко варьируется в зависимости от места нахождения пациента. Она составила 97% у пациентов, умерших в отделении онкологии и только 43% у умерших в отделении кардиологии [26]. 17% пациентов, умерших в госпитале, имели запрос DNR еще до поступления в госпиталь [26]. Пациенты, погибшие и имевшие DNR-запрос, в среднем дольше находились в госпитале (медиана 11 дней), чем те, кто не имели этого запроса (медиана 6 дней). Это показывает, что наличие запроса DNR не ведет к более ранней смерти [26].

Средняя сумма, списанная госпиталем за лечение умерших пациентов, составила 61 тысячу 215 долларов США. Однако, средняя стоимость

with general anesthesia with or without regional anesthesia.

In his review article Robert M. Walker examined the question of whether DNR orders should be routinely suspended when terminally ill patients undergo palliative surgery, as the situation existed in 1991 [27]. If the orders were to automatically be discontinued, he opines that patients (in 1991) would be forced to balance the benefits of having palliative surgery against the risks of unwanted resuscitation [27]. On the other hand, if physicians were constrained to honor DNR orders intra-operatively, they may also feel unacceptably restrained from correcting adverse effects for which they felt responsible for creating. [27].

Truog, Weisel, and Burns, in their article in the journal *Anesthesiology* in 1999, discussed the new guidelines of the American Society of Anesthesiology (ASA) dealing with the suspension or continuance of DNR orders when patients came for surgery and anesthesia [28]. The ASA guidelines were put forward because of «concerns that automatic suspension of DNR orders in the operating room did not sufficiently address a patient's rights to self determination in a responsible and ethical manner» [28]. The American College of Surgeons also addressed this same issue [28].

According to Truog, Weisel, and Burns the DNR status of patients requiring surgery needs to be better categorized to different scenarios which may occur in the operating room [28].

лечения для тех, кто поступил в госпиталь, имея DNR — запрос, составила 10 тысяч 631 доллар США, и 73 тысячи 55 долларов США для пациентов, подавших запрос DNR, находясь в госпитале [26]. Это исследование подтверждает необходимость продолжения дискуссии о целесообразности подачи запроса DNR и других запросов для пациентов в терминальной стадии заболевания, которые с большой вероятностью могут попасть в госпиталь в ближайшее время. Кроме того, исследование ясно показывает, что ранняя подача запроса «Не реанимировать» уменьшает затраты здравоохранения, не влияя на сроки госпитализации или наступления смерти [26].

Конечно же, согласие на запрос «Не реанимировать» не получают и оно не должно быть получено с целью экономии средств, а используется преимущественно для уменьшения частоты использования тщетной СЛР, в тех случаях, когда ожидаема остановка сердца. В свете этого, окончательное решение при любой дискуссии о формулировке запросе DNR должно приниматься на основании постоянного пересмотра необходимости поддержания или отмены этого запроса в случае, если пациенту планируется проведение операции под общей анестезией и/или региональной анестезией.

В своем обзоре Роберт Валкер изучает — стоит ли рутинно приостанавливать запрос DNR, когда пациенту проводится паллиативное оперативное вмешательство, как это было описано в 1991 году [27]. Роберт Валкер полагает, что если бы такие запросы автоматически отменялись, то это заставило бы пациентов сравнивать выгоду от паллиативной хирургии с рисками нежелательной СЛР [27]. С другой стороны, если врачи будут ограничены запросом DNR интраоперационно, то они могут чувствовать себя неприемлемо при коррекции тех осложнений во время операции, за которые они чувствуют себя ответственными [27].

Труог, Вейзель и Бернс в статье, опубликованной в журнале *Анестезиология* в 1999 году, обсуждают новые рекомендации Американского Общества Анестезиологов (ASA), в которых говорится об отмене или продлении запроса DNR, когда пациенты поступают в операционную и/или проводится анестезия [28]. ASA публикует рекомендации с «...беспокойством, что автоматическая отмена запроса DNR в операционной не отвечает праву пациента на самоопределение» [28]. Американский Колледж Хирургов также обсуждал эту проблему [28].

В соответствии с мнением авторов, статус DNR у пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении, должен предусматривать различные сценарии, возможные в операционной [28].

В 2009 году в исследовании Вайзеля и других обнаружено, что только половина от опро-

в 2009 году, Вайзел et al found that only half of the anesthesiologists they surveyed were familiar with the ASA's current guidelines requiring reconsideration of DNR orders for patients coming to surgery [29]. Furthermore, unless it were possible to honor the DNR order intraoperatively at the request of the patient or surrogate, rescinding the order would eliminate its expressed intentions-to support patient autonomy and to prevent non-beneficial interventions [29].

These failures lead to serious consequences. Patients are deprived of the opportunity to make informed decisions regarding resuscitation, and CPR is performed causing harm to patients who would not have wanted it [29]. Waisel et al, highlight the persistent problems with today's use of inpatient DNR orders. For example DNR discussions do not occur frequently enough, or occur too late in the course of patients' illnesses to allow their participation in resuscitation decisions [29]. Furthermore, they maintain that many physicians fail to provide adequate information to allow patients or surrogates to make informed decisions and inappropriately apply the DNR orders to limit other treatments [29].

Jung et al proposed «strategies to target these factors including changing the hospital culture, reforming hospital policies on DNR discussions, mandating provider communication skills training, and using financial incentives» [30]. These suggestions are designed to promote the application of the Patient self-determination Act of 1990.

Now it is obvious that the induction of general anesthesia including endotracheal intubation may be necessary in order for surgeons to perform palliative surgical procedures, and chemical resuscitation may be necessary to combat the effects of anesthesia and the surgical trespass. Anesthesiologists and surgeons feel uncomfortable about not treating something they feel they may have caused. But anesthesiologists and surgeons accept the wishes of Jehovah's Witnesses who refuse transfusions and are willing to die rather than accept blood [27]. They also are aware that not resuscitating a patient in the operating room in accordance with the patient's wishes, is not tantamount to physician assisted suicide [27].

It is also possible that the patient may not be able to be extubated at the end of the surgery. The patient, family, and or surrogate must be informed that these measures alone do not constitute cardiopulmonary resuscitation. It therefore requires full discussion with the patient, family or surrogate decision makers and the surgeon, anesthesiologist, and primary care physician about informed consent, and whether CPR would be used intraoperative if a cardiac arrest were to occur. How long a patient would remain intubated post-operatively if the condition of the patient were to deteriorate to a persistent vege-

Case Law Example (The Patient Self-Determination Act (PSDA), United States Congress 1990)

1990 effective as of Dec. 1991	The Patient Self-deter- mination Act	U.S. Congress	All institutionalized adults receiving medical care supported by federal funding such as Medicare or Medicaid, must be given information explaining their legal rights under State law to accept or refuse medical/surgical treatments and the right to formulate advance directives.	Confirms every adult's right to privacy, not to be invaded or treated against his/her will. This includes feeding tubes.	NOT ABSOLUTE The State may limit the right of personal liberty on the basis of several concepts: a) Preservation of life b) Prevention of suicide c) Protection of innocent third parties (minor children) d) Protection of ethical integrity and professional discretion of the medical profession
--------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Пример юридического случая. Акт о праве пациентов на самоопределение, принят Конгрессом США в 1990 году, вступил в силу с декабря 1991 года.

Год	Случай	Судебный орган	Описание случая	Постановление суда	Вывод
1990	Акт о праве пациента на самоопределение	Конгресс США	Все взрослые граждане США, получающие медицинскую помощь за счет федеральных средств, таких как Medicare или Medicaid должны получить информацию, объясняющую их законные права, согласно закону Штата, согласиться или отказаться от медицинского / хирургического лечения и права на вынесение таких запросов, как «Не реанимировать»	Подтверждено право каждого индивидуума на неприкосновенность частной жизни, индивид не может подвергаться лечению против его воли, что включает установку желудочного зонда и искусственное питание.	Не абсолютно! Штат может ограничить свободу пациента на основании некоторых принципов: 1. Сохранение жизни. 2. Предотвращение суицида. 3. Защита третьей стороны. 4. Защита этической целостности и профессионального благоразумия в медицинской среде.

шенных ими анестезиологов была знакома с текущими рекомендациями ASA, требующими пересмотра запроса DNR для всех пациентов перед операцией [29]. Более того, если не было возможности получить согласие DNR от пациента или родственников интраоперационно, то отмена запроса может противоречить их намерениям поддержки автономии пациента и предотвращения ненужных вмешательств [28].

Такой «провал» ведет к серьезным последствиям. Пациенты ограничены в возможности принять информированное решение, и СЛР причиняет вред пациентам, который они не хотели бы испытывать [29].

Вайзель подчеркивает актуальность проблемы с использованием запроса DNR в госпитале. Например, в процессе развития заболевания обсуждение запроса DNR проводится недостаточно часто или проводится слишком поздно, чтобы принять взвешенное решение [29]. Более того, авторы отмечают, что многие врачи не могут предоставить адекватную, необходимую для принятия осознанного решения информацию пациенту или другим лицам, принимающим решение; врачи также не всегда правильно применяют запрос DNR, ограничивая другое лечение [29].

Юнг и другие предложили «стратегии, нацеленные на различные факторы, включая изменение внутренней культуры госпиталей, реформирование политики госпиталя в обсуждении запроса DNR, проведение коммуникационных тренингов для персонала и использование финан-

tative state must also be clarified before proceeding to surgery.

In 2013 American Society of Anesthesiologists issued revised «Ethical guidelines for the anesthesia care of patients with do-not-resuscitate orders or other directives that limit treatment». Authors postulate that despite the variety of opinions, Do-Not-Resuscitate (DNR) orders or other directives that limit treatment, are an essential element of preoperative care and should be communicated among involved parties. Furthermore, guideline emphasizes that policies automatically suspending DNR orders or other directives that limit treatment prior to procedures involving anesthetic care may violate a patient's rights to self-determination and they should be reviewed and revised. Prior to procedures requiring anesthetic care, any existing directives to limit the use of resuscitation procedures should, when possible, be reviewed with the patient or designated surrogate. The patient's decision should be documented. The special attention is paid to a moral dilemma for anesthesiologist. Guideline says: «When an anesthesiologist finds the patient's or surgeon's/proceduralist's limitations of intervention decisions to be irreconcilable with one's own moral views, then the anesthesiologist should withdraw in a nonjudgmental fashion, providing an alternative for care in a timely fashion» [32].

Some hospitals developed unilateral DNR policies when a conflict arises because a family declines to sign DNR order even though CPR would be medically inappropriate. Massachusetts general hospital

совых стимулов» [30]. Эти рекомендации созданы для выполнения Акта о праве пациента на самоопределение (1990).

Очевидно, что индукция в анестезию, включая интубацию трахеи, может быть необходима для проведения паллиативного хирургического вмешательства, для устранения последствий анестезии и операции требуются химические агенты. Анестезиологи и хирурги ощущают значительный дискомфорт, когда они не вправе лечить осложнения, возникшие, как они считают, по их вине. Но анестезиологи и хирурги также воспринимают, например, желание Свидетелей Иеговы, отказывающихся от переливания крови и готовых скорее умереть, чем принять чужую кровь [27]. Они также осведомлены, что «непроведение» реанимации пациента в операционной в соответствии с его желанием не равнозначно врач-ассистированному самоубийству [27].

Кроме того, возможно, что нельзя будет экстубировать трахею пациента по окончании операции. Пациент, его семья и другие люди, принимающие решение, должны быть информированы, что подобные меры сами по себе не являются СЛР. Поэтому при отдельном обсуждении и с хирургом, анестезиологом, терапевтом требуется информированное согласие пациента, в том числе и на то, стоит ли использовать СЛР, если во время операции случится остановка сердца. То, как долго пациент будет получать ИВЛ после операции, если разовьется персистирующее вегетативное состояние, также должно обсуждаться до операции.

В 2013 году Американское общество анестезиологов выпустило обновленные рекомендации по анестезии у пациентов, подавших запрос «не реанимировать». В рекомендациях отмечается, что, несмотря на все разнообразие мнений и суждений о запросе «не реанимировать», он является существенной частью лечения и должен обязательно обсуждаться с пациентом (родственниками). Кроме того, другие рекомендации, автоматически отменяющие этот запрос, прямым образом нарушают право пациента на самоопределение и должны быть пересмотрены. Основными действиями, обозначенными в рекомендациях являются обсуждение и документирование.

Предлагается обсуждать запрос «не реанимировать» и другие ограничивающие директивы на всех этапах лечения с пациентом, с его законными представителями и с врачебной командой. А также документировать решения после каждого обсуждения [32]. Отдельным пунктом выделяются ситуации конфликта, в том числе морального. Если анестезиолог понимает, что ограничения в лечении, обозначенные пациентом, противоречат морали врача, то он должен

has had such policy since 2006. Ethical conflicts normally referred to ethics committee for its recommendation. Between 2006 and 2014 there were 147 investigations regarding disagreements about DNR status. The committee recommended writing a DNR order without family consent in about 35%, and physicians followed most of the recommendations (85%). Most of the recommendations involved irreversible fatal conditions, and most of these patients died before discharge [33].

In Russian Federation a DNR order and other advanced directives are regulated by Federal law №322 «About the health care for Russian citizens» and in particular, article №20 «Informed consent to medical intervention and a refusal of medical intervention». This article defines that patient and/or designated surrogate have a right to deny medical intervention or to stop it in any time except some cases. Those «some cases» include emergency medical treatment aimed to eliminate life threat of an unconscious patient. Thus, regardless the previous expressions of will done by patient his right to decline CPR are violated in this situation [34]. It looks like a misconception regarding the ASA guideline.

In conclusion, if early DNR policies tended to restrict the DNR order to terminally ill patients, newer policies acknowledge the first role of patients in decision-making in DNR order regardless the severity of illness or the situation if imminent death [33]. This conclusion is relevant for American clinical practice.

Neville Goodman stated that «Words are all we have to describe what we do, the way we do it, and what we infer from clinical research. We must use them carefully and properly» [31]. Ethical conduct in medicine is all about communicating with our patients, their families, and our colleagues.

немедленно отказаться от лечения такого пациента, предоставив достаточно времени для поиска замены [32].

Некоторые госпитали разработали юнилатеральную политику запроса «не реанимировать», когда конфликты в основном возникают из-за нежелания семьи подписывать запрос, хотя СЛР не имеет смысла.

Как описано в одном юридическом издании, Главный госпиталь Массачуссетса имеет такую политику с 2006 года. Возникающие конфликты рассматриваются этическим комитетом госпиталя. Так, между 2006 и 2014 годом комитетом было рассмотрено 147 разногласий относительно DNR статуса. Комитет рекомендовал написание запроса «не реанимировать» без согласия семьи в 35% случаев и врачи следовали этим рекомендациям в большинстве случаев (85%). Большинство рассмотренных случаев ка-

салось пациентов с необратимыми состояниями, которые умерли до выписки из госпиталя [33].

В Российской Федерации вопрос отказа от реанимации и других ограничивающих директив регулируется федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно, его статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства». Пункт 3 данной статьи говорит о том, что «Гражданин, один из родителей или иной законный представитель..., имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Такими исключениями является медицинское вмешательство, необходимое по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, а также в отношении определенного круга лиц [34]. То есть, независимо от волеизъявления пациента до момента наступления бессознательного состояния, ему автоматически отказывается в праве на удовлетворение запроса «не реанимировать».

Таким образом, такая директива не соответствует рекомендациям, принятым Американским обществом анестезиологов.

Подытоживая сказанное — если ранние рекомендации относительно DNR запроса старались ограничить его только пациентами в терминальном состоянии, то есть ситуациями, когда смерть неминуема в ближайшее время, то новые рекомендации признают первостепенную роль пациента в принятии решения. В настоящее время принято принимать отказ пациента от СЛР также, как отказ от любого другого вмешательства — операции или химиотерапии, то есть пациент не обязательно должен быть в терминальном состоянии, но на любом этапе лечения [33]. Вывод релевантен относительно американской клинической практики.

Невиль Гудман утверждал, что слова — это все, что мы имеем для описания наших действий и выводов, получаемых из клинического исследования. Использовать их мы должны осторожно и надлежащим образом [31]. Этичное поведение в медицине — это искусство коммуникации, как с пациентами, так и с их семьями и коллегами.

References

- Kouwenhoven W.B., Jude J.R., Knickerbocker G.G. Closed-chest cardiac massage. *JAMA*. 1960; 173: 1064–1067. <https://doi.org/10.1001/jama.1960.03020280004002>. PMID: 14411374
- Jude J.R., Kouwenhoven W.B., Knickerbocker G.G. Cardiac arrest: report of application of external cardiac massage in 118 patients. *JAMA*. 1961; 178: 1063–1070. <https://doi.org/10.1001/jama.1961.03040500005002>. PMID: 14452697
- Burns J.P., Edwards J., Johnson J., Cassem N.H., Truog R.D. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit. Care Med*. 2003; 31 (5): 1543–1550. <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000064743.44696.49>. PMID: 12771631
- Symmers W.S. Not allowed to die. *Br. Med. J.* 1968; 1 (5589): 442. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5589.442>. PMID: 5639634
- Spiegel D., Stroud P., Fyfe A. Complementary medicine. *West. J. Med.* 1998; 168 (4): 241–247. PMID: 9584661
- Waisel D.B., Truog R.D. The cardiopulmonary resuscitation not indicated order: futility revisited. *Ann. Intern. Med.* 1995; 122 (4): 304–308. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-122-4-199502150-00011>. PMID: 7825768
- Weindling P. Nazi medicine and the Nuremberg Trials: from medical war crimes to informed consent. New York: Palgrave MacMillan; 2004: 482.
- Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *Br. Med. J.* 1994; 309 (6948): 184–188. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>. PMID: 8044100
- Berger J.M. Ethics in palliative and end of life care. In: *Vadivelu N., Berger J.M., Kaye A. (eds.). Essentials of palliative and end of life care.* Yale University: Springer N.Y.; 2012: 518.
- Cassel E.J. Nature of suffering and the goals of medicine. *N. Engl. J. Med.* 1982; 306 (11): 639–645. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>. PMID: 7057823
- Truog R.D., Brett A.S., Frader J. The problem with futility. *N. Engl. J. Med.* 1992; 326 (23): 1560–1564. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199206043262310>. PMID: 1285741
- Hackler J.C., Hiller C. Family consent to orders not to resuscitate. *JAMA*. 1990; 264 (10): 1281–1283. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450100071028>. PMID: 2388380
- Diem S.J., Lantos J.D., Tulskey J.A. Cardiopulmonary resuscitation on television — miracles and misinformation. *N. Engl. J. Med.* 1996; 334 (24): 1578–1582. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199606133342406>. PMID: 8628340
- Sasson C., Rogers M.A., Dahl J., Kellermann A.L. Predictors of survival from out-of hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes*. 2010; 3 (1): 63–81. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.889576>. PMID: 20123673
- Shmerling R.H. Medical myths: CPR: less effective than you might think. October 2012. On-line (search term «CPR»)
- Gilgunn v Massachusetts General Hospital, the Suffolk County Superior Court (42) in Boston (1995).
- Fine R.L. Medical futility and the Texas Advance Directives Act of 1999. *Proc. (Bayl. Univ. Med. Cent.)* 2000; 13 (2): 144–147. PMID: 16389368
- Hippocratic corpus. The Art. In: *Reiser S.J., Dyck A.J., Curran W.J. (eds.). Ethics in medicine: historical perspectives and contemporary concerns.* Cambridge, Mass: MIT Press; 1977: 6–7.
- Raffin T.A. Withdrawing life support. How is the decision made? *JAMA*. 1995; 273 (9): 738–739. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520330068040>. PMID: 7853634
- Asch D.A., Hansen-Flaschen J., Lanke P.N. Decisions to limit or continue life sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physicians' practices and patients' wishes. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1995; 151 (2 Pt 1): 288–292. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrcm.151.2.7842181>. PMID: 7842181
- Salgo v Trustees of Leland Stanford Hospital, California Appeals Court 1957. (Court ruled that physicians must inform patients of the risks, benefits and alternatives of treatment).
- Canterbury v Spence, D.C. Circuit Court, 1972 (Concept of reasonable person).
- The AMA Code of Medical Ethics Opinions on seriously ill newborns and do-not-resuscitate orders. *Virtual Mentor*. 2010; 12 (7): 554–557. <http://dx.doi.org/10.1001/virtualmentor.2010.12.7.coet1-1007>. PMID: 23182203
- The AMA Code of Medical Ethics Opinions on seriously ill newborns and do-not-resuscitate orders. *Virtual Mentor*. 2010; 12 (7): 555. <http://dx.doi.org/10.1001/virtualmentor.2010.12.7.coet1-1007>. PMID: 23182203
- California Appeals Court 1984 decision in case of William Bartling.
- Mahsoud A., Jahnigen D.W., Skibinski C.L. Do not resuscitate orders and the cost of death. *Arch. Intern. Med.* 1993; 153 (10): 1249–1253. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410100075011>. PMID: 8494477
- Walker R.M. DNR in the OR. Resuscitation as an operative risk. *JAMA*. 1991; 266 (17): 2407–2412. <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470170095031>. PMID: 1717723

Ethics in Intensive Care

28. *Truog R.D., Waisel D.B., Burns J.P.* DNR in the OR: a goal directed approach. *Anesthesiology*. 1999; 90 (1): 289–295. <https://doi.org/10.1097/00000542-199901000-00034>. PMID: 9915337
29. *Waisel D.B., Simon R., Truog R.D., Baboolal H., Raemer D.B.* Anesthesiologist management of perioperative do-not-resuscitate orders: a simulation-based experiment. *Simul. Healthc.* 2009; 4 (2): 70–76. <http://dx.doi.org/10.1097/SIH.0b013e31819e137b>. PMID: 19444043
30. *Yuen J.K., Reid M.C., Feters M.D.* Hospital do-not-resuscitate orders: Why they have failed and how to fix them. *J. Gen. Intern. Med.* 2011; 26 (7): 791–797. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1632-x>. PMID: 21286839
31. *Goodman N.W.* Neither obsession nor distraction: words must be chosen well. *Anesth. Analg.* 1998; 87 (3): 743–744. PMID: 9728870
32. Ethical guidelines for the anesthesia care of patients with do not-resuscitate orders or other directives that limit treatment. 2013. n.d. <http://www.asahq.org/-/media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/ethical-guidelines-for-the-anesthesia-care-ofpatients.pdf>.
33. *Devettere R.J.* Practical decision making in health care ethics: cases, concepts, and the virtue of prudence. 4-th ed. Washington, DC: Georgetown University Press; 2016: 657.
34. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201607040116> (accessed April, 2017)

Received 23.02.17



НСР

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОВЕТ
ПО РЕАНИМАЦИИ



**European
Resuscitation
Council**

Курсы Европейского совета по реанимации

Курсы по навыкам оказания помощи при внезапной сердечной смерти проводятся на регулярной основе в НИИ общей реаниматологии им. В. А. Неговского совместно с Российским Национальным советом по реанимации и Европейским советом по реанимации

Контактное лицо – директор курса,
д. м. н. Кузовлев Артем Николаевич
Тел.: 8 (926) 188-76-41

E-mail: artemkuzovlev@gmail.com

www.niiorramn.ru/council/courses.php
Адрес: 107031, Москва, ул. Петровка, дом 25, стр. 2
Сайт Национального Совета по реанимации
www.rusnrc.com