



© С. К. Сергиенко, 2026

УДК 614.253:[616/12+616/24]

<https://doi.org/10.24884/2078-5658-2026-23-3-62-76>

## Отказ от сердечно-легочной реанимации: российская практика и мировой опыт

С. К. СЕРГИЕНКО\*

<sup>1</sup> Городская Мариинская больница, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>2</sup> Институт философии Российской академии наук, Москва, Российская Федерация

Поступила в редакцию 15.03.2026 г.; дата рецензирования 17.04.2026 г.

РЕЗЮМЕ

**Введение.** Сердечно-легочная реанимация (СЛР) – стандартная процедура при остановке кровообращения, но в ряде случаев не показана. Распоряжение «Не реанимировать» («Do Not Resuscitate», DNR) давно практикуется во многих странах мира. Изучению практики отказа от СЛР в Российской Федерации уделяется мало внимания.

**Цель** – изучить, как в России реализуется система удержания налогов, сравнить ее с международной практикой, выявить проблемы и перспективы их решения.

**Материалы и методы.** Изучены российские нормативные документы, клинические рекомендации, журнальные статьи, интернет-ресурсы, имеющие отношение к отказу от СЛР. В англоязычных ресурсах о распоряжении DNR выполнен поиск материалов, в которых изучались проблемы отказа от реанимации, схожие с российскими.

**Результаты.** В РФ, согласно правовым актам, отказ от СЛР обоснован при неизлечимых заболеваниях. Четкие критерии неизлечимых заболеваний отсутствуют, что препятствует открыто реализовывать отказ от СЛР. Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов «Остановка сердца (взрослые пациенты)» 2025 г. (КР) предлагают, чтобы врачебный консилиум принимал решение об отказе от реанимации на основании списка паллиативных состояний. Во многих странах мира отказ от СЛР, основанный на установлении врачами в одностороннем порядке медицинской тщетности, считается неэтичным. Концепция распоряжения DNR базируется на заблаговременном решении пациента, родственников и врачей, гарантирующем соблюдение принципа автономии пациента.

**Заключение.** Предложения КР относительно отказа от СЛР не соблюдают автономию пациента и не обеспечивают надежную юридическую защиту медиком. Необходимо приступить к обсуждению практики заблаговременного планирования помощи в конце жизни, включая отказ от СЛР.

**Ключевые слова:** остановка кровообращения, сердечно-легочная реанимация, отказ от СЛР, распоряжение не реанимировать, заблаговременные распоряжения

**Для цитирования:** Сергиенко С. К. Отказ от сердечно-легочной реанимации: российская практика и мировой опыт // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2026. – Т. 23, № 3. – С. 62–76. <https://doi.org/10.24884/2078-5658-2026-23-3-62-76>.

## Withholding of cardiopulmonary resuscitation: Russian practice and world experience

SERGEI K. SERGIENKO\*

<sup>1</sup> City Mariinsky Hospital, Saint Petersburg, Russian Federation

<sup>2</sup> Institute of Philosophy of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation

Received 15.03.2026; review date 24.04.2026

ABSTRACT

**Introduction.** Cardiopulmonary resuscitation (CPR) – a standard procedure for cardiac arrest, but in some cases, it is not indicated. The «Do Not Resuscitate» (DNR) order has long been practiced in many countries around the world. The study of withholding CPR in the Russian Federation has received little attention.

**The objective.** To study how the withholding CPR is implemented in Russia, compare it with international practice, identify problems and prospects for their solution.

**Materials and methods.** Russian legal documents, clinical recommendations, journal articles and Internet resources related to the withholding CPR have been studied. Out of English-language resources on the DNR order, materials were searched that studied problems of withholding CPR similar to those in Russia

**Results.** In Russia, according to legal acts, withholding CPR is justified in patients with incurable diseases. There are no clear criteria for incurable diseases, which prevents the outright implementation of withholding CPR. The Clinical Guidelines “Cardiac Arrest in Adult Patients” approved by the Federation of Anesthesiologists and Reanimatologists in 2025 (CG) suggest that the council of physicians should decide to refuse resuscitation based on a list of palliative conditions. In many parts of the world, withholding CPR, based on doctors unilaterally established medical futility, is considered unethical. The DNR orders are based on the advanced shared decision by the patient, relatives and doctors to ensure patient’s autonomy.

**Conclusion.** The proposals of the CG for withholding CPR do not support patient’s autonomy and do not provide reliable legal protection to physicians. It is necessary to start discussion practice of advance care planning including the DNR order.

**Keywords:** cardiac arrest; cardiopulmonary resuscitation; withholding CPR, DNR order, advance care planning

**For citation:** Sergienko S. K. Withholding of cardiopulmonary resuscitation: Russian practice and world experience. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*, 2026, Vol. 23, № 3, P. 62–76. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/2078-5658-2026-23-3-62-76>.

\* Для корреспонденции:  
Сергей Константинович Сергиенко  
E-mail: serserko58@mail.ru

\* Correspondence:  
Sergei K. Sergienko  
E-mail: serserko58@mail.ru

## Введение

Сердечно-легочная реанимация (СЛР) является стандартной практикой при остановке кровообращения. В случаях очевидной бесперспективности отказ от СЛР представляется обоснованным, но кто вправе принимать решение, которое лишает пациента шанса выжить и сопряжено с юридическим риском? Морально-этическим и правовым аспектам этой проблемы в отечественной литературе не уделяется должного внимания. В Российской Федерации (РФ) прекращение СЛР или отказ от проведения реанимационных мероприятий регламентируются статьёй 66 «Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий» Федерального закона (ФЗ) [11] и «Правилами прекращения реанимационных мероприятий» Постановления Правительства (ПП) [4]. Решение *прекратить* неэффективную СЛР в большинстве случаев не вызывает у медиков больших затруднений, так как достаточно четко определяется этими нормативными актами. Новые реанимационные технологии могут усложнить определение момента смерти человека, но это тема требует отдельного изучения [10]. Медицинские аспекты *отказа от СЛР* в ФЗ и ПП детально не рассматриваются, что затрудняет реализуемость его в клинической практике. В 2025 г. Президиум Федерации анестезиологов и реаниматологов (ФАР) утвердил и отправил на рассмотрение в Министерство Здравоохранения (МЗ) клинические рекомендации «Остановка сердца (взрослые пациенты)» (КР) [3]. Вне зависимости от того, будет ли документ одобрен Научно-практическим советом МЗ, КР примечательны тем, что в разделе 7.1. «Юридические аспекты. Надлежащее прекращение сердечно-легочной реанимации (СЛР) и обоснованный отказ в проведении СЛР» предлагаются обоснования отказа от СЛР в конкретных клинических ситуациях. Эта первая попытка разъяснить общие положения ФЗ и ПП побудила рассмотреть проблему отказа от СЛР в отечественной медицине с позиций мирового опыта. В РФ решение не проводить реанимационные мероприятия является безоговорочной компетенцией медиков. Как это согласуется с принципами автономии и самоопределения пациента и утвердившейся практикой информированного согласия и отказа от медицинского вмешательства? Во многих странах решение об отказе от СЛР принимают совместно врач и пациент, заблаговременно оформляя распоряжение DNR. Концепция отказа от реанимации возникла более полувека назад, продолжает совершенствоваться, но малоизвестна нам. Существуют национальные различия в решении проблемы, обусловленные историческими, культурными, религиозными, правовыми, экономическими факторами. В огромном количестве статей, рекомендаций, протоколов, правовых актов сложно ориентироваться. Современная трактовка различных этических вопросов, связанных с проведением реанимационных

мероприятий и отказом от них, представлена в соответствующих главах очередных обновленных Руководств Американской ассоциации кардиологов и Европейского совета по реанимации, опубликованных в октябре 2025 г. [20, 41]. Многие положения и рекомендации этих документов из-за значительных нормативно-правовых различий невозможно реализовать в нашей практической деятельности. Тем не менее, знание базовых понятий концепции DNR и знакомство с основными этапами ее эволюции необходимы для понимания состояния проблемы отказа от реанимации в РФ. Изучение международного опыта позволит нам избежать ошибок при попытках ее решения.

**Цель** публикации – рассмотреть, как в РФ осуществляется отказ от СЛР, изложить представления и принципы международной практики распоряжения DNR, подробнее остановившись на тех, которые соотносятся с состоянием проблемы в РФ и позволяют охарактеризовать ее общепринятыми терминами, обсудить перспективы ее решения.

## Отказ от проведения сердечно-легочной реанимации в Российской Федерации

Установление диагноза смерти головного мозга в соответствии с нашими правовыми документами является основанием для прекращения реанимационных мероприятий. Если умерший со смертью мозга не рассматривается как потенциальный орган донор, аппарат искусственной вентиляции легких отключается и никакие действия при угасании сердечной деятельности не предпринимаются. По сути, установление смерти мозга является формой отказа от СЛР, причем юридически надежно обоснованной. Диагноз смерти мозга имеет четкие критерии, устанавливается консилиумом опытных специалистов в строгом соответствии с Порядком, утвержденным Приказом Минздрава, оформляется стандартным протоколом [5]. При неукоснительном соблюдении всех условий какие-либо претензии к медикам исключены.

Отказ от СЛР основывается на следующем положении ФЗ и ПП (формулировки документов почти не отличаются) – «реанимационные мероприятия не проводятся: при наличии признаков биологической смерти; при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью» [4]. В появившихся КР (рекомендация 66) уточняется, что для отказа от СЛР при наличии признаков биологической смерти должны отсутствовать «непосредственные свидетели момента остановки кровообращения и никто не начал реанимационные мероприятия ранее». Перечисляются известные трупные признаки (их должно быть два и более) – значимая гипотермия (менее 36° при отсутствии переохлаждения), пятна гипостаза, трупное окоченение, расширение, деформация зрачков и отсутствие фотореакций.

Отказ от проведения СЛР в соответствии с этой рекомендацией трудностей у профессионалов не вызывает. Нельзя не сказать, что в реальной жизни, когда в клиническом отделении происходит неожиданная и незамеченная медиками смерть пациента, СЛР, даже при очевидной несвоевременности, начинается (или инсценируется для несведущих очевидцев) и пациент транспортируется в отделение реанимации – подальше от ненужных свидетелей – и там бесполезные действия прекращаются.

Предметом обсуждения является второе основание для отказа от СЛР – клиническая смерть (или остановка кровообращения в рекомендации 67 КР), возникшая *«на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий травмы, несовместимых с жизнью»*. Несмотря на длительный срок после появления ФЗ (2011 г.) и ПП (2012 г.), врачи по-прежнему могут руководствоваться лишь этим кратким положением. Понимая, что формулировки «неизлечимые заболевания», «неизлечимые последствия травмы, несовместимые с жизнью» слишком общие, неконкретные и могут трактоваться по-разному, на практике медики крайне редко осмеливаются «официально» не проводить реанимационные мероприятия с соответствующим указанием в Протоколе установления смерти человека. Риск ответственности, в том числе и уголовной, представляется вполне реальным. Опытный заинтересованный эксперт может интерпретировать отказ от реанимации так, что обвинения в эвтаназии (ст. 45 ФЗ), причинении смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ), неоказании помощи больному (ст. 124 УК РФ) или даже убийстве (ст. 105 УК РФ) станут реальной юридической угрозой для медиков. В экстренной ситуации, в условиях дефицита времени, при отсутствии какой-либо информации о пациенте персонал обычно следует стандартному диагностическому и лечебному алгоритму и все реанимационные мероприятия выполняются в полном объеме. Если умирает пациент с неизлечимым хроническим заболеванием и ожидаемым неблагоприятным прогнозом, медицинские работники, несмотря на теоретическую возможность отказаться от СЛР на основании положений ФЗ и ПП, все равно также проводят СЛР – так проще и безопаснее. Нужно признать, что в некоторых случаях очевидной бесперспективности и при отсутствии «посторонних лиц» реанимационные мероприятия могут осуществляться формально, в сокращенном варианте или даже просто «на бумаге». Эта негласная практика, безусловно, неприемлема этически и юридически, но она существует. Лишь в учреждениях паллиативной помощи и хосписах, предназначенных для ухода из жизни безнадежных пациентов, право не реанимировать умирающего можно реализовывать без каких-либо опасений.

В КР в разделе 7.1 появляется разъяснение кратких положений правовых документов относительно отказа от СЛР. В комментариях к рекомендации

67 декларируется, что при достоверно установленных неизлечимых и терминальных состояниях «проведение реанимационных мероприятий сердечно-церебральной реанимации является неэтичным». «В таких условиях принудительное восстановление спонтанного кровообращения лишает человека права на смерть с достоинством, продлевая страдания пациента и его близких, усугубляет психологическую нагрузку на медицинский персонал и ведет к необоснованному расходованию ресурсов здравоохранения». В рекомендациях прописан порядок принятия решения – «неизлечимое заболевание должно быть подтверждено заблаговременно решением консилиума с привлечением профильного специалиста». В Приложении 12 представлен «рекомендуемый список состояний, при которых необходимость возможного проведения СЛР и дальнейших мероприятий по поддержанию жизни в случае остановки кровообращения должны быть рассмотрена консилиумом врачей с вынесением соответствующего решения». Этот список «соотносится с медицинскими показаниями к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым» [6]. В перечень входят: 1) агональное состояние в результате неуклонного ухудшения общего состояния и прогрессирования неизлечимого заболевания, несмотря на протезирование органных функций; 2) различные формы злокачественных новообразований IV стадии с отдаленным метастазированием; 3) различные формы деменции, в том числе болезнь Альцгеймера с утратой способности к двум и более видам повседневной деятельности, с нарушениями глотания, речи, тазовых функций; 4) тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения с хроническими расстройствами сознания и утратой аналогичных 3 пункту функций; 5) болезни органов кровообращения – терминальные стадии сердечной недостаточности (III и IV функциональные классы по NYHA) без возможности трансплантации, клапанные пороки, структурное поражение камер сердца или коронарных сосудов без возможности хирургической коррекции, неоперабельные сосудистые заболевания; 6) хроническая обструктивная болезнь легких с хронической дыхательной недостаточностью 3 степени и необходимостью непрерывной респираторной поддержки; 7) прогрессирующая хроническая почечная недостаточность IV–V стадии с прекращением или отказом от диализа и невозможностью трансплантации; 8) цирроз печени не менее 10 баллов по шкале Чайлд-Пью (стадия C) с печеночной энцефалопатией и невозможностью трансплантации печени; 9) терминальная стадия ВИЧ-инфекции в комбинации со злокачественными новообразованиями, генерализованным туберкулезом, с отказом или неэффективностью терапии [3].

Следование рекомендациям, по-видимому, должно придать уверенность клиницистам, что они защищены при принятии решения не проводить СЛР и это разрешит ситуацию неопределенности

и опасений, порой толкающую медиков на вынужденный обман. Если установлен достоверный диагноз из списка, приведенного выше, необходимо заблаговременно собрать консилиум с участием профильного специалиста, принять решение не реанимировать, оформить это решение записью в медицинской документации и информировать медицинский персонал. Положения документа вызывают ряд вопросов. Хватит ли у нас смелости на практике реализовать эту возможность? Должен ли консилиум информировать пациента и его близких о принятом решении? Что делать, если они будут против принятого решения и будут настаивать на проведении СЛР? Возможно, именно такая ситуация подразумевается в рекомендациях 67 фразой «... проведение мероприятий сердечно-церебральной реанимации является неэтичным, без соответствующего требования пациента», но такая формулировка неудачна и необходимо подробное разъяснение. И, наконец, еще один важный вопрос – обеспечит ли решение консилиума достаточную юридическую защиту врачам, отказавшимся от проведения СЛР у пациента с неизлечимым заболеванием? Если КР будут одобрены, у медиков, столкнувшихся с остановкой кровообращения у подобного пациента, будет несколько вариантов действий: 1) в соответствии с решением консилиума отказаться от проведения СЛР; 2) выполнить СЛР в полном объеме, если консилиум не был проведен или невзирая на решение консилиума; 3) выполнить СЛР формально, не очень стараясь или не выполнить вовсе, но протокол СЛР оформить. Результат проведенной СЛР непредсказуем и восстановление спонтанной сердечной деятельности возможно, но это не изменит неблагоприятный прогноз основного неизлечимого заболевания. Принципиальный момент – во всех трех случаях решение принимается медиками без какого-либо участия пациента или его близких. И не только потому, что в момент остановки кровообращения пациент не в состоянии принимать решения, но и потому, что и заранее у него не было возможности выразить свое волеизъявление. В нашей стране отсутствуют какие-либо правовые акты, регулирующие заблаговременные распоряжения пациента или назначение доверенных лиц для принятия медицинских решений [1, 9]. Именно в этом состоит главное отличие нашего подхода к отказу от СЛР от мировой практики. В редакции 2021 г. Руководства по реанимации Европейского Совета по Реанимации «однозначными критериями» («unequivocal criteria») отказа от СЛР являются: 1) невозможность гарантировать безопасность лицу, выполняющему СЛР; 2) очевидные признаки необратимой смерти; 3) наличие действующего заблаговременного отказа от выполнения СЛР. Этими критериями следует руководствоваться как на догоспитальном этапе, так и в клинических условиях [36]. С 1970-х гг. в США, а в последующем и во многих странах мира, развивается концепция распоряжения DNR. Распоряжение DNR – это одна из

форм заблаговременного планирования пациентом медицинской помощи (конкретно – СЛР) при окончании жизни. Распоряжение DNR принимается пациентом совместно с медицинским работником на том этапе, когда траектория болезни допускает возможность внезапной остановки сердечной деятельности и проведения СЛР. Распоряжение DNR фиксируется в соответствующем документе и является обязательным для исполнения указанием для медиков. Разработанные ФАР КР предлагают внедрить в нашу жизнь распоряжение DNR не в общепринятом виде, а как один из вариантов – «Одностороннее распоряжение не реанимировать» («Unilateral DNR order»). Одностороннее распоряжение DNR – это «распоряжение DNR, составленное врачом из лучших побуждений, но без согласия пациента» [21]. Безусловно, односторонний, но легальный отказ от СЛР лучше, этичнее, чем формальная СЛР, «для прокурора». В англоязычной литературе такая формальная, «парциальная» реанимация называется «slow code» («медленный код»).

#### «Медленный код»

Базовые принципы сердечно-легочной реанимации были разработаны в 50–70-х гг. прошлого столетия. В 1960 г. W.V. Kouwenhoven et al. описали технику наружного массажа сердца у пациентов с интраоперационной остановкой сердечной деятельности и метод поразил всех простотой и эффективностью – «любой человек, в любой обстановке теперь может приступить к реанимационным мероприятиям. Все, что необходимо для этого – это две руки» [30]. P. Safar et al. (1959) предложили элементарные приемы, позволяющие обеспечивать проходимость верхних дыхательных путей у пациентов в бессознательном состоянии [42]. Несложные мероприятия СЛР, а также организация специализированных палат, совершенствование и внедрение в практику аппаратов искусственной вентиляции легких, дефибрилляторов, кардиомониторов сделали реальностью спасение умирающих пациентов. Эти успехи с энтузиазмом были восприняты медицинским сообществом и применение метода стало обязательной процедурой при остановке сердечной деятельности у пациентов с любой патологией. Огромное значение для внедрения в практику приемов СЛР имели программы привлечения парамедиков и волонтеров к оказанию помощи пострадавшим. Благодаря беспрецедентным мерам смертность среди пациентов с острым инфарктом миокарда значительно снизилась. При других клинических состояниях СЛР, обеспечивая кратковременную физиологическую стабильность, гораздо чаще не спасала человеческую жизнь, а лишь продлевала умирание. В медицинской среде крепло убеждение, что СЛР, как и всякое медицинское вмешательство, в ряде случаев не показана. В то же время активная популяризация методов СЛР в обществе с использованием средств массовой информации и многократное тиражирова-

ние сюжетов успешной реанимации в телесериалах сформировали в обществе завышенную оценку ее эффективности [19]. Отказ от проведения СЛР в этих условиях для медиков был сопряжен с серьезными юридическими рисками и негативной морально-этической оценкой общества. В некоторых ситуациях очевидная медицинская тщетность реанимационных мероприятий становилась более значимым аргументом и, чтобы не проводить СЛР и избежать при этом какие-либо нежелательных последствий, медики стали прибегать к различным уловкам [16, 17]. Как известно, в американских клиниках при различных экстренных ситуациях давно используются предупредительные цветовые коды – «красный код» – при пожаре, «зеленый код» – при эвакуации, «черный код» – при угрозе взрыва и так далее. При проведении СЛР активируется «синий код» («blue code»). Случаи, когда реанимация бесполезна и к ней можно отнестись формально, медики стали скрытно обозначать между собой условными названиями – «химический код» («chemical code»), «показательный код» («show code»), «Голливудский код» («Hollywood code»). Наиболее популярным стал термин «медленный код» («slow code»). Распространилась практика пометить медицинские истории болезней пациентов, которым нецелесообразно проводить СЛР в полном объеме, особыми тайными знаками, понятной лишь сотрудникам клиники аббревиатурой или же просто передавать информацию устно. В 1981 г. в штате Нью-Йорк было инициировано судебное расследование смерти при странных обстоятельствах пациентки в блоке интенсивной терапии Queens hospital. В ходе разбирательства, длившегося два года, были выявлены многочисленные факты отказов от проведения СЛР на основании негласных решений медицинского персонала с использованием тайной системы обозначения реанимационного статуса. В 1984 г. Большое жюри (Grand jury) присяжных заседателей штата признало эту практику «шокирующим процедурным злоупотреблением» и призвало разработать систему защиты от подобных правонарушений. Губернатором штата был создан Специальный комитет по вопросам жизни и права (The New York State Task Force on Life and the Law), который через некоторое время предложил пакет правовых документов по многим медицинским вопросам, включая и отказ от СЛР. В 1988 г. Нью-Йорк стал первым штатом, где вступил в силу закон, регулирующий отказ от СЛР [28, 33]. Закон стал важной вехой в становлении концепции DNR. Следуя закону, каждый пациент по умолчанию согласен, чтобы ему проводилась СЛР, если только им не было заранее оформлено распоряжение DNR. Дееспособный пациент может оформить такое распоряжение совместно с лечащим врачом в присутствии двух свидетелей. Принять решение могут и представители недееспособного пациента, но только если два врача подтвердили у него терминальное состояние или необратимую кому, или тщетность

реанимации, или возможность мучительных страданий. Решения пациентов и их семей стали более понятными, значительно улучшилось их документальное оформление [28, 33]. Закон обеспечил как гражданскую, так и уголовную защиту профессионалам, исполняющим его. Но закон никак не повлиял на практику «медленного кода», которая и сейчас распространена в мире.

«Медленный код» реализуется разными способами и имеет много синонимов. Термин определяют как «умышленное уменьшение скорости и интенсивности реанимационных усилий во время остановки кровообращения или других жизнеугрожающих состояниях», когда медики полагают, что проведение СЛР пациенту является медицинской тщетностью [39, 44]. Медленный код – что-то среднее между СЛР в полном объеме («full code») и отсутствием реанимационных мероприятий («no code»). Целью «медленного кода» является не восстановление сердечной деятельности, а символическое изображение выполнения реанимации [39]. Как говорилось выше, такую «реанимацию» нередко проводим и мы. Нельзя не согласиться с S. McLennan et al. (2025), что «медленный код» свидетельствует об этическом и юридическом несовершенстве системы организации экстренной помощи при остановке кровообращения [34]. Тем не менее, и в западном мире «колыбели» развития концепции DNR, где проблема давно озвучена, изучена и есть легальные условия для предупреждения этого, по общему признанию негативного явления, «медленный код» по-прежнему практикуется. В американском исследовании G. M. Piscitello et al., результаты которого были опубликованы в 2021 г., из 237 респондентов 69% сообщили, что применяли «медленный код» за последний год, и 52% считают выполнение его этичным [39]. Парадоксально, но 85% из этих сторонников «медленного кода» полагают, что пациенты или его представители должны быть заранее информированы о формате ограничения СЛР. Авторы делают вывод, что не обман является основной причиной «медленного кода». Большинство респондентов отмечают, что испытывают моральные страдания при необходимости выполнять СЛР в ситуации, когда лечение тщетно. Применение «медленного кода» в таких случаях сторонники рассматривают как некий компромисс между медиками и семьей в отношении блага для пациента [34]. Если родственники умирающего пациента согласны, что смерть его неизбежна, но не в силах одобрить распоряжение DNR, возможно, наилучшим для всех является «индивидуальный» («tailored»), «уместный» («appropriate») код: СЛР проводится всегда, но длительность и интенсивность ее адаптируется к конкретной клинической ситуации [31]. Результаты исследования, выполненного с помощью CloudResearch's Connect platform, в котором приняли участие 450 рядовых американцев, «не подтверждают распространенное мнение, что общественность в целом против «медленного

кода». Напротив, участники исследования считают его «обычным явлением», более предпочтительным, «чем отсутствие кода» [44]. Дискуссия продолжается не одно десятилетие, но большинство все же придерживается мнения, что эта практика неприемлема. «Врачи не должны принимать участие в «медленном коде», утверждается в главе по этике Руководства по реанимации Европейского Совета по Реанимации 2021 г. Авторы главы признают, что «медленный код» все еще используется на догоспитальном этапе и в клинике, и это «крайне проблематично с этической точки зрения». Среди возможных более приемлемых форм рассматриваются альтернативные – упомянутый выше «индивидуальный код» и так называемое «информированное не-несогласие» («informed non-dissent») [36]. «Информированное не-несогласие» (близкое по смыслу «молчаливому согласию») представляется этичным и милосердным подходом к ведению непростой беседы с родителями умирающего ребенка, которым трудно взять на себя ответственность и выразить отказ от проведения СЛР, но морально легче согласиться с информацией от медиков о решении отказаться от СЛР [29].

#### Медицинская тщетность, одностороннее распоряжение «не реанимировать»

Автономия пациента является фундаментальным принципом современной медицинской этики. Право пациента принимать решения о своем собственном медицинском обслуживании теперь никем не оспаривается. Практическое применение этого принципа, особенно в медицине критических состояний, часто ставит сложные этические вопросы. Где грань между уважением желаний пациентов и обеспечением их благополучия и безопасности? Как далеко может простираться воля пациента, чтобы не нарушить автономию врача?

Впервые с этими вопросами медики столкнулись в 1980–1990 гг. в США, где автономия пациента становилась доминирующим этическим принципом медицины. Большое значение в этом процессе имели решения по так называемым «судебным делам, отстаивающим право на смерть» («right-to-die cases») [16, 32]. Сюжет двух наиболее громких был схожим. В 1970-е гг. Karen Ann Quinlan и в 1980-е гг. Nancy Cruzan, молодые женщины, в результате трагических инцидентов стали глубокими инвалидами с хроническим нарушением сознания. В обоих случаях родственники пациентов требовали, чтобы лечение, которое лишь продлевает страдания, было прекращено. Они убеждали медиков, что пациенты в такой ситуации предпочли бы умереть, но клиника настаивала на продолжении лечения. В длительном противостоянии высшие судебные инстанции (New Jersey Supreme Court в 1976 г. в деле Karen Ann Quinlan и U.S. Supreme Court в деле Nancy Cruzan в 1990 г.) встали на сторону родственников. Эти судебные прецеденты стали источником права для

последующих подобных дел. Судебные решения показали, что не только дееспособные пациенты, но и семьи недееспособных теперь могут отвергнуть все виды лечения, даже необходимые для спасения жизни. Практика не начинать или прекращать такое лечение в конце жизни становилась общепринятой в американских блоках интенсивной терапии, причем решения часто принимались совместно врачами и родственниками, что знаменовало возникновение концепции совместного принятия решений («shared decision-making») [32].

По инициативе Конгресса США в декабре 1991 г. вступил в действие Акт о самоопределении пациента (Patient Self Determination Act, PSDA), который наделял пациентов рядом прав – принимать или отвергать медицинское лечение, делать заблаговременные распоряжения по поводу медицинской помощи и получать содействие в принятии медицинских решений. Акт PSDA стал важным шагом в укреплении автономии пациента и развитии концепции заблаговременного планирования медицинской помощи [32].

Укрепление автономии пациента с настороженностью было воспринято американским медицинским сообществом. Если пациент вправе отказаться от лечения, не означает ли это, что он может требовать, чтобы ему было выполнено какое-либо медицинское вмешательство? Споры и конфликты, когда пациент или его представители настаивали на проведении лечебных мероприятий, которые медики считали бесполезными, неэтичными и даже вредными, не были редкостью. Такой вариант реализации автономии пациента воспринимался профессионалами как «ущемление их традиционной прерогативы лечить или не лечить пациента на основании их представления о пользе» [32].

Концепция тщетности («futility») возникла для защиты права врача не проводить лечение, которое он считает тщетным. Английское слово *futility* переводится на русский как *тщетность, бесполезность, бесперспективность, бесплодность*. В отечественной медицинской терминологии отсутствует понятие тщетности или другое близкое по смыслу. В нашей литературе обсуждается эффективность или неэффективность тех или иных методов лечения, но не в контексте тщетности лечения в принципе. Между тем, изучение концепции тщетности демонстрирует, что основные ее положения, причем продвигавшиеся в самом начале ее эволюции, воплотились в подходе отечественных КР относительно отказа от проведения СЛР при неизлечимых заболеваниях (рекомендация 67).

Идея концепции тщетности представлялась простой и логичной. Если врач на основании своего профессионального суждения, эмпирических данных делает заключение о тщетности лечения, ему должно быть позволено не начинать или прекратить такое лечение, даже вопреки возражениям дееспособного пациента. В идеале врач должен быть юридически защищен при выполнении таких дей-

ствий при условии, что они выполняются в рамках действующих стандартов. Разработчиков концепции вдохновил успех Гарвардских критериев смерти мозга (1968 г.), которые были позитивно восприняты обществом и распространились повсеместно [32]. По аналогии нужно было предложить четкие критерии медицинской тщетности, руководствуясь которыми, врач мог бы на законных основаниях не проводить лечение. Несмотря на кажущуюся простоту, задача оказалась невыполнимой: не только разработать критерии, но и сформулировать суть понятия тщетности не удалось. На протяжении 1990-х гг. прошлого века было предпринято множество попыток описать, что такое медицинская тщетность [22]. Чаще всего исследователи концепции цитируют подход L. J. Schneiderman и его последователей (1990), которые предложили рассматривать тщетность, используя два вида критериев [43]. *Количественные критерии* – это «когда врачи заключают (на основании личного опыта или общего с коллегами, или по результатам опубликованных эмпирических данных), что, если по крайней мере последние 100 случаев медицинского лечения были бесполезны, то такое лечение они должны считать тщетным». С позиции *качественных критериев*, «если медицинское лечение просто поддерживает состояние перманентного отсутствия сознания или невозможно прекратить полную зависимость от интенсивной терапии, то такое лечение должно рассматриваться как тщетное». Оппоненты указывают на отсутствие достоверных эмпирических данных, обосновывающих количественные критерии. В бесконечном спектре вероятного благоприятного исхода (0,0001–0,001–0,01–0,1 и т. д.) порог тщетности является произвольным и будет зависеть от того, кто его выбирает: пациент будет надеяться на один шанс из тысячи, тогда как врачу достаточно ста случаев безуспешного лечения в прошлом [13]. Большие сомнения вызывает и качественный подход. Какое минимальное качество жизни должно быть у пациента, чтобы не считать лечение тщетным? Врач может рассматривать проведение СЛР у пациента в вегетативном состоянии бесполезным вмешательством, но любящие близкие будут уповать на сохранение его жизни, даже бессознательной [13]. В конструкции В. А. Brody, А. Halevy (1995) выделяется четыре вида медицинской тщетности [15]. При *физиологической (physiological futility)* вмешательство «не достигает предполагаемого физиологического эффекта». Например, при СЛР спонтанный сердечный ритм не восстанавливается или при проведении искусственной вентиляции легких не удается нормализовать газообмен. В случаях, когда, «несмотря на вмешательство, пациент умрет в ближайшее время», имеется тщетность *неизбежной кончины (imminent demise futility)*. С такой формой мы сталкиваемся, когда СЛР кратковременно восстанавливает сердечную деятельность у пациента, например, с несовместимой с жизнью травмой. Если успешная СЛР была у пациента,

допустим, с циррозом печени тяжелой степени, и это «основное смертельное заболевание приведет к смерти в ближайшем будущем», говорят о тщетности *смертельного состояния (lethal condition futility)*. Как и L. J. Schneiderman, авторы выделяют также тщетность *качественную (qualitative futility)*: «вмешательство может быть тщетным, если не приведет к приемлемому качеству жизни» – очевидно, что успешная СЛР у пациента в вегетативном состоянии не улучшит его состояние, его качество жизни. Авторы соглашаются, что одностороннее ограничение лечения пациента на основании этих определений медицинской тщетности оправдано при условии соответствия их следующим критериям: они должны быть точными, с достаточной степенью вероятности прогноза, социально приемлемыми, применимыми к значительному числу случаев и, наконец, не требовать согласия пациента и родственников (что и подразумевает концепция тщетности). Так как ни одно из рассмотренных определений не отвечает в полной мере этим критериям, для одностороннего ограничения тщетного лечения могут быть и другие основания. В значительной степени развитие идеи тщетности мотивировано озабоченностью по поводу справедливого и эффективного распределения и использования медицинских ресурсов [15]. С начала 1990-х гг. в США активно обсуждались экономические вопросы предстоящей реформы здравоохранения, и такой аспект бесполезного лечения безусловно заслуживал внимания. В 1993 г. D. J. Murphy, Т. Е. Finucane опубликовали статью, в которой представили «новую стратегию отказа от реанимации», декларировав, что «главным обоснованием нашего подхода является контроль расходов» [38]. Общество должно договориться об установлении пределов оказания медицинской помощи. Кроме экономической пользы такой подход должен: 1) защитить умирающих пациентов от чрезмерного лечения; 2) на практике реализовать концепцию тщетности; 3) воплотить взгляды большинства общества на бесполезное лечение; 4) защитить профессионалов, занимающихся лечением умирающих пациентов. Авторы выделяют три группы пациентов, у которых по данным различных исследований вероятность выживания (выписки их стационара) после СЛР составляет менее 3%, и на этом основании, по их мнению, расширенная СЛР не может быть стандартом медицинской помощи. Врачи не должны проводить СЛР, а пациенты не имеют право ее требовать, в следующих клинических ситуациях: 1) далеко зашедшие прогрессирующие смертельные заболевания (лежачие онкологические пациенты с метастазами, пациенты с циррозом Чайлд класс С, пациенты с ВИЧ-инфекцией и двумя и более эпизодами пневмоцистной пневмонии, пациенты с деменцией, нуждающиеся в длительном уходе); 2) острые фатальные заболевания или повреждения, не отвечающие на интенсивную терапию (кома, травматическая или нетравматическая, длящаяся более 48 часов, полиорганная недостаточность с

поражением более 2 систем и отсутствием лечебного эффекта на протяжении трех дней, оценка по АРАСНЕ II более 15–17 баллов); 3) СЛР вне лечебного учреждения без восстановления ритма и АД. Критики отмечают, что подход, основанный на списке патологических состояний, не подлежащих реанимационным мероприятиям, «не учитывает широкий спектр возможных исходов для каждой из этих категорий». Не вызывает сомнений, что «будет ли тщетным или нет продолжение лечения пациента в коме, длящейся 48 часов, зависит в основном от причины комы, и ясно, что во многих таких случаях дальнейшее лечение далеко не бесполезно» [13]. Экономический контекст при обсуждении медицинской тщетности часто затрагивался, но никогда не объявлялся, как у D. J. Murphy, «главным обоснованием» установления пределов медицинской помощи. Представляя свою известную трактовку, L. J. Schneiderman подчеркивал, что «наше понятие бесполезности не вытекает из соображений ограниченности ресурсов» [43]. Суждение о медицинской тщетности имеет отношение к лечению одного конкретного пациента, «тогда как общество должно озаботиться, как решить проблему недостатка определенных лечебных средств, которые не могут быть доступны всем, кто в них нуждается» [27].

В поиске точных количественных критериев тщетности лечения большие надежды возлагались на различные прогностические шкалы, разработанные для определения вероятного исхода интенсивной терапии у критических пациентов, прежде всего на поколение шкал оценки острых физиологических расстройств и хронических нарушений состояния АРАСНЕ. По единодушному мнению, и шкалы АРАСНЕ, и другие подобные модели, дают достаточно точное представление о прогнозе на уровне популяции пациентов, но «по-прежнему не в состоянии определить, в каком случае терапия у индивидуального пациента будет тщетна» [22, 45].

В 1999 г. Совет по этическим и судебным вопросам Американской Медицинской Ассоциации (АМА, American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs) опубликовал Доклад под названием «Медицинская тщетность в обеспечении окончания жизни» («Medical Futility in End-of-Life Care») [33]. Совет резюмировал, что «так как определение тщетности медицинской помощи основывается на ценностных суждениях, всеобщее согласие по поводу тщетности медицинской помощи вряд ли достижимо». Для решения проблемы Совет «считает предпочтительным подход, основанный на процессе выявления тщетности». Важно не просто констатировать ее факт, а своевременно распознать и предупредить конфликт. В Докладе представлен алгоритм действий при возникновении ситуации медицинской тщетности («A fair process in futility cases»). Этапы этого процесса включают обсуждение случая, принятие решения по его разрешению, достижение желаемого уровня помощи или альтернативных вариантов и, наконец, завершение случая

при невозможности компромисса между сторонами. Обсуждение возможной тщетности лечения в идеале начинается до развития критического состояния. Медики, клиника, пациент и его представители должны изложить свое видение пределов терапии. Необходимо предусмотреть вероятные неразрешимые противоречия. По мере прогрессирования болезни стороны принимают совместное решение. При отсутствии консенсуса поэтапно привлекаются консультанты, этический комитет, предпринимаются попытки трансфера пациента в другую клинику. Если требования пациента или его родственников представляются «оскорбительными по медицинским этическим и профессиональным стандартам» и не удастся найти учреждение, готовое принять его, тщетные вмешательства могут быть прекращены. Как отмечается в документе, «правовые последствия таких действий неясны». В штате Техас в 1999 г. был принят известный Техасский акт заблаговременных распоряжений (Texas Advance Directives Act), который обеспечил юридический иммунитет врачам и клинике при прекращении в одностороннем порядке тщетного лечения. Если этический комитет выносит такое заключение, представителям пациента выдается мандат на 10-дневный срок для поиска альтернативного медицинского провайдера, по истечении срока решение комитета выполняется. По настоящее время Техас остается единственным штатом, где есть такой закон (сейчас это раздел 166.046 Техасского кодекса по охране здоровья и безопасности), в нем много условий, затрудняющих реализацию, и в последней редакции (01.01.2024 г.) 10-дневный срок продлен до 25-дневного [23].

В 2015 г. Американское торакальное общество (American Thoracic Society) совместно с рядом американских и европейских медицинских обществ представили Официальное Программное заявление «Реагирование на просьбы о потенциально неприемлемом лечении в отделениях интенсивной терапии» [14]. Документ рекомендовал вместо термина «тщетное» («futile») использовать термин «потенциально неприемлемое» («potentially inappropriate») «для описания лечения, которое имеет хотя бы минимальный шанс в достижении эффекта, желаемого пациентом, но клиницисты полагают, что противоборствующие этические соображения оправдывают отказ от проведения этого лечения». Примечательно, что авторы документа не отказываются от термина «тщетный», но считают, что использование его должно быть ограничено «редкими ситуациями, когда представители пациента требуют вмешательств, которые просто не могут достичь намеченные физиологические цели. Клиницисты не должны выполнять тщетные вмешательства». Для разрешения конфликта в ситуации потенциально неприемлемого лечения Программное заявление рекомендует: 1) до начала и на всех этапах конфликта привлекать экспертов для достижения соглашения; 2) уведомить представителей пациента в письменной форме о начале

процедуры разрешения конфликта, планируемых шагах и сроках; 3) получить второе медицинское заключение для подтверждения мнения о неприемлемости лечения; 4) дело должно быть рассмотрено междисциплинарным комитетом клиники; 5) при одобрении комитетом предложить возможность перевода пациента в другое учреждение; 6) информировать представителей пациента о возможности обращения в независимые апелляционные органы; 7a) если комитет или апелляционный орган согласен с просьбой пациента и его представителей – врачи должны продолжить лечение или осуществить трансфер; 7b) если комитет, апелляционный орган подтверждают позицию врачей, не найдено альтернативное медучреждение – лечение не начинается или прекращается, предоставляется высококачественная паллиативная помощь [14]. Как видно, основная проблема, связанная с возникновением ситуации тщетного/потенциально неприемлемого лечения, заключается в отсутствии взаимопонимания между медиками и клиникой с одной стороны, и пациентом и его родственниками с другой. Если не предпринимаются какие-то меры, конфликт неизбежен. Эти рекомендации являются дальнейшим развитием предложений Доклада АМА 1999 г. [35] и демонстрируют еще одну попытку разработать процедуру урегулирования разногласий между сторонами силами лечебного учреждения. Анализируя опыт разрешения таких конфликтов, К. М. Swetz et al. (2014) делают ряд выводов [45]. Большинство споров между заинтересованными сторонами по поводу тщетности разрешаются благодаря налаживанию эффективного общения и сотрудничества. При возникновении разногласий полезна помощь этического комитета, юриста клиники или просто коллег, имеющих опыт в этой сфере. В неразрешимой ситуации приходится обращаться в судебные инстанции, которые становятся последней нейтральной стороной для разрешения спора. Суды часто откладывают рассмотрение дела, ссылаясь на необходимость более подробно рассмотреть конфликт и выносят только предварительные судебные запреты. В большинстве случаев дальнейшее судебное разбирательство не требуется, так как за время отсрочки пациент успевает умереть. К. М. Swetz et al. заключают, что, «так как нет правового консенсуса в диспуте по поводу тщетности при окончании жизни, интенсивные усилия по урегулированию этих разногласий лучше всего предпринимать вне судебной арены» [45].

Серьезным препятствием в разрешении конфликта может стать бескомпромиссная позиция *суррогатных представителей пациента*. Суррогатными представителями («surrogate decision makers») в англоязычной литературе называют лиц, принимающих медицинские решения за недееспособного пациента – доверенные лица, родственники. Их неприятие ситуации может базироваться на недоверии к медработникам, нереалистичных ожиданиях, религиозных убеждениях, неспособности переносить эмоциональные страдания при принятии решений

и защищенности от последствий этих решений [40]. Т. М. Pope, А. Waldman (2007) считают, что правовая система наделяет суррогатных представителей слишком большими полномочиями, из-за чего урегулирование споров даже с участием экспертов и юристов «обречено на провал» и призывают «уравновесить переговорную силу путем предоставления медикам четко определенной законодательной защиты для одностороннего отказа в просьбе о неприемлемом лечении» [40]. Тем не менее, к одностороннему принятию решений в США в настоящее время отношение скорее негативное. Ссылаясь на многие источники, К. М. Swetz et al. предупреждают, что «концепция одностороннего прекращения мероприятий, поддерживающих жизнь, почти никогда морально и этически не оправдана» [45]. «Кроме смерти мозга не существует критериев и правил, к которым клиницисты могли бы апеллировать, чтобы оправдать решение прекратить обеспечение жизнедеятельности пока лечение имеет хотя бы небольшой шанс в достижении целей пациента» [47]. Ситуацию «медицинской тщетности» следует рассматривать как призыв интенсифицировать коммуникативные усилия для разрешения конфликта, а не как обоснование для прекращения медицинского вмешательства [45, 47].

#### Мировая практика отказа от сердечно-легочной реанимации

Реанимация при остановке кровообращения и других экстренных ситуациях проводится далеко не во всех случаях. По данным проспективного наблюдательного исследования The Ethicus-2 Study, изучавшего практику ухода из жизни в блоках интенсивной терапии в разных странах и регионах мира, среди умерших лишь 14% была выполнена СЛР. Чаще всего СЛР проводили в Африке (65,4%), Латинской Америке (28,0%), Южной Европе (22,5%). В странах с высоким уровнем жизни, где этические и правовые вопросы окончания жизни решены значительно лучше, реанимация проводилась реже – в Северной Европе в 3,7% случаях, Австралии и Новой Зеландии в 4,3%, Северной Америке в 8,5%. [12]. На догоспитальном этапе, когда часто отсутствует информация о пациенте, нет времени для принятия решений и присутствуют очевидцы, СЛР выполняется чаще – примерно у каждого второго из 350000 ежегодных случаев внебольничной остановки кровообращения в США [20]. Современные представления об этических аспектах реанимационных мероприятий при остановке кровообращения и других экстренных состояниях представлены в соответствующих разделах Американского и Европейского Руководств 2025 г. [20, 41]. В этих документах рассматриваются не только отказ или прекращение СЛР, но и многие другие актуальные проблемы – этические особенности различных групп пострадавших (пожилые, дети, новорожденные, беременные, самоубийцы), влияние культурных и религиозных факторов, при-

существование семьи при проведении СЛР, воздействие на очевидцев, медработников, реанимация в различных кризисных ситуациях, органное донорство, проведение научных и клинических исследований и так далее. В принципиальных моментах документы схожи, в деталях дополняют друг друга. Принимая во внимание особенности рассматриваемых этических вопросов, формат этих разделов отличается от клинических практических рекомендаций. Оба документа представляют собой повествовательный обзор, сопровождаемый консенсусным мнением экспертов без указания класса рекомендаций и уровня доказательности. «Концептуальным каркасом для принятия этических решений» при проведении реанимации является так называемый принципизм (principlism) – неукоснительное соблюдение известных принципов современной биоэтики – автономии (autonomy), благодеяния (beneficence), непричинения вреда (nonmaleficence), справедливости (justice). В американском документе эти вопросы рассматриваются очень подробно [20]. Среди этих принципов нет какой-либо иерархии и соблюдение разумного баланса между ними на практике представляет непростую задачу. Признание автономии пациента является обязательным в западном подходе к отказу от реанимации и «сосредоточено на уважении личных прав совершать информированные решения по поводу своего собственного лечения». В контексте реанимации врачи должны руководствоваться этим принципом чтобы принимаемые клинические решения по возможности соответствовали жизненным ценностям и предпочтениям пациента относительно проведения или отказа от СЛР, других видов интенсивной терапии и мероприятий окончания жизни [20].

Заблаговременное планирование медицинских мероприятий в конце жизни пациентом и оформление соответствующих документов является важным условием соблюдения принципа автономии пациента, ставшего недееспособным. Но эти документы не могут предусмотреть все медицинские ситуации, с которыми можно столкнуться в реальной жизни, и поэтому заблаговременное планирование в идеале должно включать назначение доверенного лица, наделенного полномочиями принимать решения в случае недееспособности пациента (durable power of attorney for health care, health care proxy, surrogate, agent – используется много терминов). В США общепринятыми документами заблаговременного планирования медицинской помощи (Advance Care Planning), которыми регламентируется отказ в том числе от СЛР, являются «Завещание о жизни» («Living Will»), «Распоряжение не пытаться проводить СЛР» («Do Not Attempt CPR», DNACPR) и «Распоряжения врача об искусственном поддержании жизни» («Physician Orders for Life-Sustaining Treatment», POLST). Так как предпочтения пациента могут меняться, эти документы периодически должны пересматриваться. «Living Will» является юридическим документом, в котором рассматрива-

ются различные аспекты окончания жизни, в том числе и отношение пациента к СЛР. Из-за слишком общих формулировок этого документа интерпретация отказа от СЛР в специфической клинической ситуации может быть затруднена. Распоряжения DNACPR и POLST являются медицинскими документами, которые составляются и подписываются совместно врачом и пациентом и регламентируют действия медиков при проведении реанимационных мероприятий. Форма DNACPR/DNR (термины являются синонимами, но DNACPR в последнее время употребляется чаще) касается непосредственно СЛР, варьирует между штатами/странами, часто неправильно истолковывается пациентами и вызывает их недоверие. В США наиболее предпочтительным является распоряжение POLST. Прототип этого документа был разработан и внедрен в практику в 1990-х гг. в штате Орегон и в 2004 г. стал национальной формой. Проект Национальное Партнерство POLST (The National POLST Collaborative, NPC) получил разрешение внедрить модель POLST в платформу системы электронных медицинских документов Epic Systems Corporation [25]. Форма POLST, «портативное медицинское распоряжение» («portable medical order»), принята во всех американских штатах, может быть адаптирована к местному законодательству и иметь другое название. Заполнение формы является добровольным, с обязательным участием пациента или его представителей. Принуждение недопустимо, но медики должны вовлекать в обсуждение распоряжения POLST пациентов с жизнеугрожающими состояниями, ослабленных, кто, по их мнению, может умереть в ближайшие 1–2 года, у кого имеется вероятность развития критического состояния, кто не раз за последний год госпитализировался по неотложным показаниям или сам желает указать свои предпочтения и цели лечения при окончании жизни. Интересно, что на сайте проекта в разъясняющих документах приводится перечень медицинских состояний, при которых оформление распоряжения POLST целесообразно: рак с метастазами, злокачественное новообразование мозга, тяжелая кардиологическая патология, прогрессирующие болезни легких, почек, печени, нейродегенеративные заболевания. Как видно, этот перечень практически совпадает с Приложением 12 КР. Распоряжение POLST – более подробный документ, чем DNACPR, регламентирующий выполнение или отказ от выполнения лечебных мероприятий, поддерживающих жизнь в неотложной ситуации. В разделе «А» указывается, проводить или нет СЛР, в разделе «В» – проводить лечение в полном объеме или выборочно (например, отказаться от интубации трахеи), или ограничиться паллиативным уходом. В разделе «С» отдельно указывается, как кормить пациента (кормить ли через зонд, как долго). В форму можно вписать дополнительные пункты. В любой момент распоряжение POLST может быть отменено [25]. Есть риск предвзято-

го – неосознанного или из-за недопонимания – отношения персонала к пациентам, имеющим статус DNR [37, 46]. В регламентирующих документах по этому поводу имеются предупреждения. Так, например, в британском руководстве подчеркивается, что медработники, пациенты и их близкие должны понимать, что «решение не пытаться проводить СЛР применимо только к СЛР и не имеет отношения к любым другим элементам ухода или лечения. Нельзя допускать, чтобы решение DNACPR как-то отрицательно сказывалось на высококачественном предоставлении любых других аспектов помощи» [18]. Не все пациенты в экстренной ситуации имеют заблаговременные распоряжения, и не всегда распоряжения дают четкие указания медикам. Совместное принятие решений (shared decision-making) с участием врачей, пациента и его семьи, доверенных лиц является важнейшим механизмом уважения автономии пациента [20]. Ссылаясь на ряд исследований, американское Руководство 2025 г. в некоторых ситуациях допускает принятие медиками на догоспитальном этапе даже вербальных просьб семьи об отказе от реанимации. В процессе принятия совместного решения перед врачом стоят следующие задачи: 1) добиться понимания пациентом и/или его представителями тяжести его клинического состояния; 2) обсудить возможные варианты лечения и их исходы; 3) выяснить жизненные цели, ценности и предпочтения пациента; 4) рекомендовать наиболее оптимальный медицинский выбор с учетом целей и предпочтений пациента; 5) поддержать пациента и/или его представителей, совершивших медицинский выбор. Относительно требования потенциально неприемлемого медицинского вмешательства Американское Руководство 2025 г. однозначно заключает: «В общем, медики не обязаны выполнять бесполезные вмешательства. Хотя пациент и суррогаты имеют этическое право делать выбор среди обоснованных лечебных мероприятий, они не имеют право требовать проведения лечения, которое нецелесообразно с медицинской точки зрения» [20]. В случае возможных разногласий американское Руководство 2025 г. советует следовать упомянутым выше рекомендациям по предупреждению конфликта при потенциально неприемлемом лечении Программного заявления Американского торакального общества [14].

### **Перспективы внедрения распоряжения DNR в Российской Федерации**

Стремление легализовать отказ от СЛР является положительным фактом, но принцип, лежащий в основе отказа, дискуссионный. В соответствии с положениями ФЗ и ПП решение об отказе от реанимации основывается на наличии у пациента неизлечимого заболевания и КР регламентируют установление такого состояния. Заключение о неизлечимости/тщетности выносит консилиум врачей, руководствуясь принципом медицинской тщетно-

сти и без участия пациента и/или его представителей, то есть, в одностороннем порядке. Попытки обосновывать отказ от реанимации медицинской тщетностью предпринимались западными коллегами еще в 1990-х гг., но такой подход не нашел поддержки в обществе. В настоящее время осознание тщетности лечения рассматривается не как повод для одностороннего заключения врачей не проводить СЛР, а как необходимость совместного с пациентом и его представителями планирования медицинских мероприятий окончания жизни, гарантирующих пациенту исполнение его воли. Главная идея современной концепции DNR, принятой в мире, состоит в участии пациента в принятии заблаговременного решения об отказе от СЛР.

Трудно сказать, укоренится ли в российском медицинском сообществе предлагаемая КР практика открытого официального отказа от СЛР на основании заключения о неизлечимости. Краткое этическое обоснование в комментариях к рекомендациям, возможно, придаст врачу уверенность в правильности своих действий. Кроме того, недавний Приказ МЗ однозначно указывает, что врач должен действовать в рамках клинических рекомендаций [8]. Для судебных инстанций клинические рекомендации являются главным критерием оценки качества оказания медицинской помощи при защите прав пациентов. Но как трактовать рекомендации отказа от СЛР, которые не содержат «основанную на научных доказательствах структурированную информацию», главную свою характеристику [8]? Клиническая и правовая неопределенность в этой сфере всегда будет для врача сдерживающим фактором. Как свидетельствует специалист с большим опытом участия в судебно-медицинских экспертизах, «к сожалению, кроме терминальной стадии гистологически подтвержденного онкологического процесса, юридически значимые критерии «неизлечимости» отсутствуют» (В. С. Афончиков, 2026 г., устное сообщение). В 2025 г. на информационном портале Право-мед.ру состоялась видеоконференция, посвященная обсуждению решения Октябрьского районного суда г. Архангельска [24, 26]. Суд удовлетворил иск врача анестезиолога к одной из больниц города, администрация которой объявила ему дисциплинарное взыскание за отказ от СЛР на основании неизлечимого заболевания. Экспертиза качества медицинской помощи не выявила дефектов при оказании помощи, и суд счел действия врача обоснованными (пациент страдал двумя неизлечимыми заболеваниями, в том числе онкологическим), а санкции администрации неправомерными. Станет ли этот случай прецедентом? Что, если суд будет разбирать не «споры, возникающие из трудовых отношений», как в этом гражданском деле, а иск о неоказании медицинской помощи? Такой позитивный исход не гарантирован. В качестве негласной альтернативы открытому отказу от СЛР сохраняется привычная практика «медленного кода», более простая и безопасная, но, увы, неэтичная.

Каковы перспективы разработки и внедрения формы отказа от СЛР, основанной на решении пациента? Пациент-ориентированная медицина является мировым трендом, и в РФ в последние годы многое делается для реализации такого подхода. Практика информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от него стала рутинной и совершенствуется [7]. Различные аспекты этого права пациента активно обсуждаются в отечественной медицинской и юридической литературе, но обнаружено лишь одно исследование, в котором рассматривается проблема отказа от реанимации [1]. Коллектив юристов излагает идеи, созвучные с позицией автора. Информированное согласие/отказ оформляется непосредственно перед медицинским вмешательством. Форма документа не предполагает экстренные медицинские вмешательства, которые могут произойти в будущем и не учитывает возможную недееспособность пациента. Указанные в документе доверенные лица имеют право получать медицинскую информацию, но не могут принимать ответственные решения относительно лечения. Рассуждая по поводу СЛР, Е. А. Анисимова (2024) заключают, что «в России возможность отказа от медицинского вмешательства с соблюдением предписанной формы стремится к нулю» [1]. Не существует у нас и документа подобного Living Will, «медицинских распоряжений на случай неспособности их озвучить» (такой вариант перевода предлагают авторы). Традиции патернализма слишком сильны в нашей медицине и решения относительно лечения, поддерживающего жизнь у такой категории пациентов, принимают исключительно медики. «Излишне широкое понимание эвтаназии российским законодательством» также затрудняет обсуждение и введение института отказа от реанимации. Юристы признают наличие противоречий между декларированием приоритета интересов пациента в положениях ФЗ, в Кодексе профессиональной этики врача РФ [2] и отсутствием у пациента права отказаться от реанимационных мероприятий. Внушают оптимизм

рассуждения о необходимости «последовательного введения в российское законодательство системного регулирования института отказа от реанимации по аналогии с living will» и «института медицинской доверенности» для принятия ответственных медицинских решений [1].

### Заключение

В РФ отказ от СЛР у пациентов с прогрессирующим неизлечимых заболеваний, последствий травм, несовместимых с жизнью является законным, но редко открыто реализуется из-за отсутствия регламента принятия медиками решения и юридических рисков. В КР 2025 г. ФАР «Остановка сердца (взрослые пациенты)» представлено обоснование отказа от СЛР, которое основывается на решении врачебного консилиума о неизлечимости заболевания. Зарубежный опыт показывает, что принцип отказа от реанимации, основанный на одностороннем заключении медиков о медицинской тщетности, является ошибочным и применим лишь в особых случаях. Во многих странах мира соблюдение автономии пациента является неременным условием принятия решений при обсуждении с пациентом мероприятий окончания жизни, в том числе и СЛР. Практика информированного согласия или отказа от медицинского вмешательства, укоренившаяся в РФ, базируется на тех же принципах автономии личности и добровольности, но нормативные акты и формы документов, регулирующие отказ от СЛР, отсутствуют. Предлагаемым КР обоснованием отказа от СЛР клиницисты вряд ли будут широко пользоваться из-за сомнительной правовой базы, спорной этичности и укоренившейся практики «медленного кода». Для решения проблемы отказа от СЛР необходимо всестороннее ее обсуждение, разработка форм документов заблаговременного планирования медицинской помощи при окончании жизни, создание института доверенных лиц для медицинских решений.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest.** The author states that he has no conflict of interests.

**Финансирование.** Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РНФ, проект № 23-18-00400 «Смерть, умирание и донорство: междисциплинарное исследование влияния социальных факторов на уход из жизни и развитие трансплантационной помощи».

**Financing.** The work was carried out with the financial support of the Russian Science Foundation grant, project № 23-18-00400 “Death, dying and donation: an interdisciplinary study of the influence of social factors on the end of life and the development of transplant care.”

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимова Е. А., Кривельская О. В., Соколова О. В. Проблема введения в российское право института отказа от реанимации. Медицинская доверенность. В книге: Современные проблемы медицинского и фармацевтического права и правового регулирования биотехнологий. Монография / под ред. Д. М. Мустафина-Бредихина, Е. А. Абросимова — Москва: Проспект, 2024. — С. 109–126. — ISBN 978-5-392-40825-2. URL: <https://book.ru/book/960160> (дата обращения: 23.02.2026).

### REFERENCES

1. Abrosimova E. A., Krivelskaya O. V., Sokolova O. V. Problem of the introduction into Russian law of the institution of do not resuscitate order. Medical power of attorney. In the book: Modern problems of medical and pharmaceutical law and legal regulation of biotechnology. Monograph / eds by Mustafina-Bredikhin D. M., Abrosimova E. A. Moscow: Prospekt, 2024, pp. 109–126, ISBN 978-5-392-40825-2. (In Russ.). URL: <https://book.ru/book/960160> (accessed: 23.02.2026).

2. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации. Принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации (г. Москва, 5 октября 2012 г.). URL: <https://nacedpalata.ru/?action=show&id=11268> (дата обращения: 23.02.2026).
2. Code of Professional Ethics of a Physician of the Russian Federation (Adopted by the First National Congress of Physicians of the Russian Federation (Moscow, October 5, 2012)). (In Russ.) URL: <https://nacedpalata.ru/?action=show&id=11268> (accessed: 23.02.2026).
3. Кузовлев А.Н., Бобошко В.А., Боева Е.А. и др. Остановка сердца (взрослые пациенты). Клинические рекомендации // Обшая реаниматология. – 2025. – Т. 21, № 4. – С. 5–79. <https://doi.org/10.15360/1813-9779-2025-4-2589>.
3. Kuzovlev A. N., Boboshko V. A., Boeva E. A. et al. Cardiac Arrest in Adult Patients. Clinical Guidelines. *Obshchaya Reanimatologiya = General Reanimatology*, 2025, vol. 21, no. 4, pp. 5–78. (In Russ.). <https://doi.org/10.15360/1813-9779-2025-4-2589>.
4. Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. N 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека». URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_135634/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_135634/) (дата обращения: 02.10.25).
4. The Decree of the Government of the Russian Federation of 20 September 2012, no. 950 “On the approval of the rules for determining the moment of death of a person, including criteria and procedure for establishing the death of a person, rules for stopping resuscitation activities and forms of protocol for establishing the death of a person”. (In Russ.). URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_135634/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_135634/) (accessed: 02.10.25).
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.12.2014 № 908н «О Порядке установления диагноза смерти мозга человека» (зарегистрирован 12.05.2015 № 37230). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201505140036/> (дата обращения: 23.11.25).
5. Order of the MF of 25.12.2014 908n «On the procedure for establishing a diagnosis of human brain death» (registered in 12.05.15 37230). (In Russ.). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201505140036/>. (accessed: 23.11.25).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (зарегистрирован 26.06.2019 № 55053). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201906270031> (дата обращения: 23.11.25).
6. Order of the Ministry of Health of Russia No. 345n, the Ministry of Labor of Russia No. 372n dated May 31, 2019 “On approval of the Regulation on the organization of palliative medical care, including the procedure for interaction between medical organizations, social service organizations and public associations, and other non-profit organizations operating in the field of health care” (Registered with the Ministry of Justice of Russia on June 26, 2019 No. 55053). (In Russ.). <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201906270031> (accessed: 23.11.25).
7. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.11.2021 N 65977) <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202111250019> (Дата обращения 10.12.25).
7. Order of the Ministry of Health of Russia dated 12.11.2021 N 1051n “On the approval of the Procedure for giving informed voluntary consent to medical intervention and refusal of medical intervention, form of informed voluntary consent to medical intervention and form of refusal of medical intervention” (Registered in the Ministry of Justice of Russia 25.11.2021 N 65977). (In Russ.). <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202111250019> (accessed: 10.12.25).
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.10.2025 № 642н «Об утверждении порядка применения клинических рекомендаций» (Зарегистрирован 09.12.2025 № 84506). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202512090012?index=3> (дата обращения 07.03.26).
8. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 27.10.2025 № 642 “On the approval of the application of clinical recommendations” (Registered 09.12.2025 № 84506). (In Russ.). <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202512090012?index=3> (accessed: 07.03.2026).
9. Сергиенко С. К., Резник О. Н. Заблаговременное планирование пациентом медицинской помощи в конце жизни: обзор международных данных // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2024. – Т. 21, № 1. – С. 75–87. <http://doi.org/10.24884/2078-5658-2024-21-1-75-87>.
9. Sergienko S. K., Reznik O. N. Patient advance care planning in end of life care: international data review. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*, 2024, vol. 21, no. 1, pp. 75–87. (In Russ.) <http://doi.org/10.24884/2078-5658-2024-21-1-75-87>.
10. Теплов В. М., Косарева М. А., Прасол Д. М. и др. Прекращение реанимационных мероприятий – все ли так просто? // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2025. – Т. 22, № 2. – С. 6–10. <https://doi.org/10.24884/2078-5658-2025-22-2-6-10>.
10. Teplov V. M., Kosareva M. A., Prasol D. M. et al. Termination of resuscitation measures – is it that simple? *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*, 2025, vol. 22, no. 1, pp. 6–10. (In Russ.). <http://doi.org/10.24884/2078-5658-2025-22-1-6-10>.
11. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/7fda826d25ef0ff5e5e3cb3550111dbe9cc3590c/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/7fda826d25ef0ff5e5e3cb3550111dbe9cc3590c/) (дата обращения: 02.11.2025).
11. Federal law of the Russian Federation of 21 November 2011. N 323-FZ «On the basis of protection of citizens’ health in the Russian Federation» (as amended and supplemented). (In Russ.). URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/7fda826d25ef0ff5e5e3cb3550111dbe9cc3590c/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/7fda826d25ef0ff5e5e3cb3550111dbe9cc3590c/) (accessed: 02.11.25).
12. Avidan A., Sprung C. L., Schefold J. C. et al. Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study // *Lancet Respir Med*. – 2021. – Vol. 9, № 10. – P. 1101–1110. [http://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00261-7](http://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00261-7).
12. Avidan A., Sprung C. L., Schefold J. C. et al. Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study. *Lancet Respir Med*, 2021, vol. 9, no. 10, pp. 1101–1110. [http://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00261-7](http://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00261-7).
13. Bernat J. L. Medical futility: definition, determination, and disputes in critical care // *Neurocrit Care*. – 2005. – Vol. 2, № 2. – P. 198–205. <http://doi.org/10.1385/NCC:2:2:198>.
13. Bernat J. L. Medical futility: definition, determination, and disputes in critical care. *Neurocrit Care*, 2005, vol. 2, no. 2, pp. 198–205. <http://doi.org/10.1385/NCC:2:2:198>.
14. Bosslet G. T., Pope T. M., Rubenfeld G. D. et al. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in Intensive Care Units // *Am J Respir Crit Care Med*. – 2015. – Vol. 191, № 11. – P. 1318–1330. <http://doi.org/10.1164/rccm.201505-0924ST>.
14. Bosslet G. T., Pope T. M., Rubenfeld G. D. et al. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in Intensive Care Units. *Am J Respir Crit Care Med*, 2015, vol. 191, no. 11, pp. 1318–1330. <http://doi.org/10.1164/rccm.201505-0924ST>.
15. Brody B. A., Halevy A. Is futility a futile concept? // *J Med Philos*. – 1995. – Vol. 20, № 2. – P. 123–144. <http://doi.org/10.1093/jmp/20.2.123>.
15. Brody B. A., Halevy A. Is futility a futile concept? *J Med Philos*, 1995, vol. 20, no. 2, pp. 123–144. <http://doi.org/10.1093/jmp/20.2.123>.
16. Burns J. P., Edwards J., Johnson J. et al. Do-not-resuscitate order after 25 years // *Crit Care Med*. – 2003. – Vol. 31, № 5. – P. 1543–1550. <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000064743.44696.49>.
16. Burns J. P., Edwards J., Johnson J. et al. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med*, 2003, vol. 31, no. 5, pp. 1543–1550. <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000064743.44696.49>.
17. Burns J. P., Truog R. D. The DNR Order after 40 Years // *N Engl J Med*. – 2016. – Vol. 375, № 6. – P. 504–506. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1605597>.
17. Burns J. P., Truog R. D. The DNR Order after 40 Years. *N Engl J Med*, 2016, vol. 375, no. 6, pp. 504–506. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1605597>.

18. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation Guidance from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing (previously known as the 'Joint Statement') 3rd edition (1st revision) // 2016. URL: <https://www.resus.org.uk/publications/publication-decisions-relating-cardiopulmonary-resuscitation-3rd/> (дата обращения: 14.12.25).
19. Diem S.J., Lantos J. D., Tulsy J. A. Cardiopulmonary resuscitation on television. Miracles and misinformation // *N Engl J Med.* – 1996. – Vol. 334, № 24. – P. 1578–1582. <http://doi.org/10.1056/NEJM199606133342406>.
20. Elmer J., Atkins D. L., Daya M. R. et al. Part 3: Ethics: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care // *Circulation.* – 2025. – Vol. 152, Suppl 2. – P. S323–S352. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001371>.
21. Georgiou L., Georgiou A. A critical review of the factors leading to cardiopulmonary resuscitation as the default position of hospitalized patients in the USA regardless of severity of illness // *Int J Emerg Med.* – 2019. – Vol. 12, № 1. – A. 9. <http://doi.org/10.1186/s12245-019-0225-z>.
22. Helft P. R., Siegler M., Lantos J. The rise and fall of the futility movement // *N Engl J Med.* – 2000. – Vol. 343, № 4. – P. 293–296. <http://doi.org/10.1056/NEJM200007273430411>.
23. Texas Health and Safety Code - HEALTH & SAFETY § 166.046. Procedure if not Effectuating Directive or Treatment Decision for Certain Patients. URL: <https://codes.findlaw.com/tx/health-and-safety-code/health-safety-sect-166-046/> (дата обращения: 27.10.25).
24. Гражданские дела - первая инстанция. Дело № 2-2140/2025 - М-1600/2025. URL: [https://oktsud-arh.sudrf.ru/modules.php?name=sud\\_delo&srv\\_num=1&name\\_op=case&case\\_id=263997859&case\\_uid=4b867087-d26f-415d-86b9-a30c64156c0a&delo\\_id=1540005](https://oktsud-arh.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=263997859&case_uid=4b867087-d26f-415d-86b9-a30c64156c0a&delo_id=1540005) (дата обращения: 07.03.26).
25. National POLST Collaborative | Portable Medical Orders. URL: <https://polst.org/> (дата обращения: 13.12.25).
26. Границы отказа от реанимации без заключения о неизлечимости. <http://pravo- URL: med.ru/news/18832/> (дата обращения: 07.03.26).
27. Jecker N. S., Schneiderman L. J. Futility and rationing // *Am J Med.* – 1992. – Vol. 92, № 2. – P. 189–196. [http://doi.org/10.1016/0002-9343\(92\)90111-n](http://doi.org/10.1016/0002-9343(92)90111-n).
28. Kamer R. S., Dieck E. M., McClung J. A. et al. Effect of New York State's do-not-resuscitate legislation on in-hospital cardiopulmonary resuscitation practice // *Am J Med.* – 1990. – Vol. 88, № 2. – P. 108–111. [http://doi.org/10.1016/0002-9343\(90\)90457-o](http://doi.org/10.1016/0002-9343(90)90457-o).
29. Kon A. A. Informed non-dissent: a better option than slow codes when families cannot bear to say "let her die" // *Am J Bioeth.* – 2011. – Vol. 11, № 11. – P. 22–23. <http://doi.org/10.1080/15265161.2011.603796>.
30. Kouwenhoven W. B., Jude J. R., Knickerbocker G. G. Closed-chest cardiac massage // *JAMA.* – 1960. – Vol. 173, № 7 – P. 1064–1067. <http://doi.org/10.1001/jama.1960.03020280004002>.
31. Lantos J. D., Meadow W. L. Should the "slow code" be resuscitated? // *Am J Bioeth.* – 2011. – Vol. 11, № 11. – P. 8–12. <http://doi.org/10.1080/15265161.2011.603793>.
32. Luce J. M. A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive care units in the United States // *Crit Care Med.* – 2010. – Vol. 8, № 8. – P. 1623–1629. <http://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e71530>.
33. McClung J. A., Kamer R. S. Implications of New York's do-not-resuscitate law // *N Engl J Med.* – 1990. – Vol. 323, № 4. – P. 270–272. <http://doi.org/10.1056/NEJM199007263230411>.
34. McLennan S., Bak M., Knochel K. Slow Codes are symptomatic of ethically and legally inappropriate CPR policies // *Bioethics.* – 2025. – Vol. 39, № 4. – P. 327–336. <http://doi.org/10.1111/bioe.13396>.
35. Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs // *JAMA.* – 1999. – Vol. 281, № 10. – P. 937–941.
36. Mentzelopoulos S. D., Couper K., Voorde P. V. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions // *Resuscitation.* – 2021. – Vol. 161, № 4. – P. 408–432. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>.
37. Mockford C., Fritz Z., George R. et al. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation // *Resuscitation.* – 2015. – Vol. 88. – P. 99–113. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.11.016>.
38. Murphy D.J., Finucane T. E. New do-not-resuscitate policies. A first step in cost control // *Arch Intern Med.* – 1993. – Vol. 153, № 14. – P. 1641–1648.
18. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation Guidance from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing (previously known as the 'Joint Statement') 3rd edition (1st revision). 2016. URL: <https://www.resus.org.uk/publications/publication-decisions-relating-cardiopulmonary-resuscitation-3rd/> (дата обращения: 14.12.25).
19. Diem S.J., Lantos J. D., Tulsy J. A. Cardiopulmonary resuscitation on television. Miracles and misinformation. *N Engl J Med*, 1996, vol. 334, no. 24, pp. 1578–1582. <http://doi.org/10.1056/NEJM199606133342406>.
20. Elmer J., Atkins D. L., Daya M. R. et al. Part 3: Ethics: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 2025, vol. 152, Suppl 2, pp. S323–S352. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001371>.
21. Georgiou L., Georgiou A. A critical review of the factors leading to cardiopulmonary resuscitation as the default position of hospitalized patients in the USA regardless of severity of illness. *Int J Emerg Med*, 2019, vol. 12, no. 1, A. 9. <http://doi.org/10.1186/s12245-019-0225-z>.
22. Helft P. R., Siegler M., Lantos J. The rise and fall of the futility movement. *N Engl J Med*, 2000, vol. 343, no. 4, pp. 293–296. <http://doi.org/10.1056/NEJM200007273430411>.
23. Texas Health and Safety Code - HEALTH & SAFETY § 166.046. Procedure if not Effectuating Directive or Treatment Decision for Certain Patients. URL: <https://codes.findlaw.com/tx/health-and-safety-code/health-safety-sect-166-046/> (accessed: 27.10.25).
24. Civil cases are the first instance. Case № 2-2140/2025 - М-1600/2025. URL: [https://oktsud-arh.sudrf.ru/modules.php?name=sud\\_delo&srv\\_num=1&name\\_op=case&case\\_id=263997859&case\\_uid=4b867087-d26f-415d-86b9-a30c64156c0a&delo\\_id=1540005](https://oktsud-arh.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=263997859&case_uid=4b867087-d26f-415d-86b9-a30c64156c0a&delo_id=1540005) (дата обращения: 07.03.26).
25. National POLST Collaborative | Portable Medical Orders. URL: <https://polst.org/> (дата обращения: 13.12.25).
26. The limits of refusing intensive care without a conclusion of incurable. <http://pravo- URL: med.ru/news/18832/> (дата обращения: 07.03.26).
27. Jecker N. S., Schneiderman L. J. Futility and rationing. *Am J Med*, 1992, vol. 92, no. 2, pp. 189–196. [http://doi.org/10.1016/0002-9343\(92\)90111-n](http://doi.org/10.1016/0002-9343(92)90111-n).
28. Kamer R. S., Dieck E. M., McClung J. A. et al. Effect of New York State's do-not-resuscitate legislation on in-hospital cardiopulmonary resuscitation practice. *Am J Med*, 1990, vol. 88, no. 2, pp. 108–111. [http://doi.org/10.1016/0002-9343\(90\)90457-o](http://doi.org/10.1016/0002-9343(90)90457-o).
29. Kon A. A. Informed non-dissent: a better option than slow codes when families cannot bear to say "let her die". *Am J Bioeth*, 2011, vol. 11, no. 11, pp. 22–23. <http://doi.org/10.1080/15265161.2011.603796>.
30. Kouwenhoven W. B., Jude J. R., Knickerbocker G. G. Closed-chest cardiac massage. *JAMA*, 1960, vol. 173, no. 7, pp. 1064–1067. <http://doi.org/10.1001/jama.1960.03020280004002>.
31. Lantos J. D., Meadow W. L. Should the "slow code" be resuscitated? *Am J Bioeth*, 2011, vol. 11, no. 11, pp. 8–12. <http://doi.org/10.1080/15265161.2011.603793>.
32. Luce J. M. A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive care units in the United States. *Crit Care Med*, 2010, vol. 8, no. 8, pp. 1623–1629. <http://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e71530>.
33. McClung J. A., Kamer R. S. Implications of New York's do-not-resuscitate law. *N Engl J Med*, 1990, vol. 323, no. 4, pp. 270–272. <http://doi.org/10.1056/NEJM199007263230411>.
34. McLennan S., Bak M., Knochel K. Slow Codes are symptomatic of ethically and legally inappropriate CPR policies. *Bioethics*, 2025, vol. 39, no. 4, pp. 327–336. <http://doi.org/10.1111/bioe.13396>.
35. Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA*, 1999, vol. 281, no. 10, pp. 937–941.
36. Mentzelopoulos S. D., Couper K., Voorde P. V. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*, 2021, vol. 161, no. 4, pp. 408–432. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>.
37. Mockford C., Fritz Z., George R. et al. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation*, 2015, vol. 88, pp. 99–113. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.11.016>.
38. Murphy D.J., Finucane T. E. New do-not-resuscitate policies. A first step in cost control. *Arch Intern Med*, 1993, vol. 153, no. 14, pp. 1641–1648.

39. Piscitello G. M., Kapania E. M., Kanelidis A. et al. The Use of Slow Codes and Medically Futile Codes in Practice // *J Pain Symptom Manage*. – 2021. – Vol. 62, № 2. – P. 326–335.e5. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.001>.
40. Pope T. M., Waldman A. Mediation at the end of life: getting beyond the limits of the talking cure // *Ohio State J Dispute Resolution*. – 2007. – Vol. 23, № 1. – P. 143–195.
41. Raffay V., Wittig J., Bossaert L. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation // *Resuscitation*. – 2025. – Vol. 215, Suppl 1. – P. 110734. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110734>.
42. Safar P., Escarraga L. A., Chang F. Upper airway obstruction in the unconscious patient // *J Appl Physiol*. – 1959. – Vol. 14, № 9. – P. 760–764. <http://doi.org/10.1152/jappl.1959.14.5.760>.
43. Schneiderman L. J., Jecker N. S., Jonsen A. R. Medical futility: its meaning and ethical implications // *Ann Intern Med*. – 1990. – Vol. 112, № 12. – P. 949–954. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-112-12-949>.
44. Sprengholz P. Public preferences regarding slow codes in critical care // *Bioethics*. – 2025. – Vol. 39, № 4. – P. 337–342. <http://doi.org/10.1111/bioe.13359>.
45. Swetz K. M., Burkle C. M., Berge K. H. et al. Ten common questions (and their answers) on medical futility // *Mayo Clin Proc*. – 2014. – Vol. 89, № 7. – P. 943–959. <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.02.005>.
46. Tham Y., Brooks D., Venkatesh A. et al. How might a 'Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation' (DNACPR) decision affect other aspects of patient care? A vignette-based randomised study // *Age Ageing*. – 2025. – Vol. 54, № 8. – P. afaf223. <http://doi.org/10.1093/ageing/afaf223>.
47. Truog R. D., White D. B. Futile treatments in intensive care units // *JAMA Intern Med*. – 2013. – Vol. 173, № 20. – P. 1894–1895. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.7098>.
39. Piscitello G. M., Kapania E. M., Kanelidis A. et al. The Use of Slow Codes and Medically Futile Codes in Practice. *J Pain Symptom Manage*, 2021, vol. 62, no. 2, pp. 326–335.e5. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.001>.
40. Pope T. M., Waldman A. Mediation at the end of life: getting beyond the limits of the talking cure. *Ohio State J Dispute Resolution*, 2007, vol. 23, no. 1, pp. 143–195.
41. Raffay V., Wittig J., Bossaert L. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation. *Resuscitation*, 2025, vol. 215, Suppl 1, pp. 110734. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110734>.
42. Safar P., Escarraga L. A., Chang F. Upper airway obstruction in the unconscious patient. *J Appl Physiol*, 1959, vol. 14, no. 9, pp. 760–764. <http://doi.org/10.1152/jappl.1959.14.5.760>.
43. Schneiderman L. J., Jecker N. S., Jonsen A. R. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*, 1990, vol. 112, no. 12, pp. 949–954. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-112-12-949>.
44. Sprengholz P. Public preferences regarding slow codes in critical care. *Bioethics*, 2025, vol. 39, no. 4, pp. 337–342. <http://doi.org/10.1111/bioe.13359>.
45. Swetz K. M., Burkle C. M., Berge K. H. et al. Ten common questions (and their answers) on medical futility. *Mayo Clin Proc*, 2014, vol. 89, no. 7, pp. 943–959. <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.02.005>.
46. Tham Y., Brooks D., Venkatesh A. et al. How might a 'Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation' (DNACPR) decision affect other aspects of patient care? A vignette-based randomised study. *Age Ageing*, 2025, vol. 54, no. 8, pp. afaf223. <http://doi.org/10.1093/ageing/afaf223>.
47. Truog R. D., White D. B. Futile treatments in intensive care units. *JAMA Intern Med*, 2013, vol. 173, no. 20, pp. 1894–1895. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.7098>.

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Городская Мариинская больница, 191014, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56

**Сергиенко Сергей Константинович**, зав. отделением реанимации и интенсивной терапии № 1, Городская Мариинская больница (Санкт-Петербург, Россия), e-mail: serserko58@mail.ru, ORCID: 0009-0009-8382-0912.

#### INFORMATION ABOUT AUTHOR:

City Mariinsky Hospital, 56, Liteiny pr., Saint Petersburg, Russia, 191014

**Sergienko Sergei K.**, Head of Intensive Care Department № 1, City Mariinsky Hospital (Saint Petersburg, Russia), e-mail: serserko58@mail.ru, ORCID: 0009-0009-8382-0912.