

©2020 А.П. ПАТРАКОВА

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДЕФИЦИТЕ АППАРАТОВ ИВЛ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19



Патракова Алина Павловна — аспирантка сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики.
Институт философии РАН.
Российская Федерация, 109240 Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1.
Секретарь кафедры богословия.
Свято-Филаретовский православно-христианский институт.
Российская Федерация, 105062 Москва, ул. Покровка, д. 29, нежилое помещение 2.
Электронная почта: alina.patrakova@sfi.ru

Аннотация. Рассматриваются проблемы сортировки критических пациентов для подключения к аппаратам искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в условиях пандемии коронавируса COVID-19. Делается краткий обзор методических руководств, изданных за последние несколько месяцев в США и странах Европы. Отмечается социокультурная вариативность представлений о необходимости и продолжительности ИВЛ, тесно связанная с ресурсами и влияющая на подходы к сортировке. Анализируются принципы и критерии отбора критических пациентов для приема в отделения реанимации и интенсивной терапии в условиях пандемии в сопоставлении со штатными ситуациями. В частности, рассматриваются принципы «первым поступил — первым обслужен», спасения максимального количества жизней. Отдельное внимание уделяется проблеме принудительного отключения от ИВЛ. Если еще несколько десятилетий назад подобная процедура рассматривалась как акт убийства, запрещенный законом и по этическим соображениям, то к настоящему времени, задолго до начала пандемии, отношение к ней стало меняться. В чрезвычайных обстоятельствах пандемии открыто звучит мнение

ЭКСТРЕ- МАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

о том, что отключение одного пациента от ИВЛ ради другого не является убийством. Также затрагивается вопрос о субъектах сортировки; в этой связи сравниваются две позиции: согласно одной из них, ответственность за распределение дефицитных аппаратов ИВЛ должны нести лечащие врачи-реаниматологи, согласно другой — сортировочные комиссии. Обсуждаются риски утилитаристского подхода к сортировке и неявной дискриминации пожилых и людей с ограниченными возможностями, в том числе хронических критических пациентов, продолжительное время находящихся на ИВЛ в домах престарелых или учреждениях длительной интенсивной терапии. В заключении статьи автор указывает на коллизию этических принципов милосердия и справедливости и ставит вопрос о приемлемости, границах институционализации и алгоритмизации этического выбора между жизнью и смертью отдельных пациентов или групп населения.

Ключевые слова: пандемия, сортировка, критические пациенты, распределение ресурсов, критерии отбора, отделение реанимации и интенсивной терапии, искусственная вентиляция легких.

Ссылка для цитирования: Патракова А.П. Этические аспекты сортировки пациентов при дефиците аппаратов ИВЛ в условиях пандемии COVID-19 // Человек. 2020. Т. 31, № 6. С. 165–180. DOI: 10.31857/S023620070013089-4.

В ходе пандемии коронавируса COVID-19 в зарубежных и российских СМИ стали все чаще появляться заголовки о необходимости выбирать, кого подключать к аппаратам искусственной вентиляции легких (ИВЛ). В этих чрезвычайных обстоятельствах проблемы сортировки критических пациентов действительно обрели особую остроту. В разных странах предпринимаются попытки выработать критерии распределения ограниченных ресурсов. Безусловно, в одной публикации не представляется возможным исчерпывающе проанализировать все многообразие контекстов на международном уровне, не говоря уже о судьбах отдельных пациентов и их близких. Поэтому в данной статье попытаемся охарактеризовать с этической точки зрения только некоторые явления и тенденции, связанные с COVID-19. В указанном смысле особый срез проблемы связан с нехваткой аппаратов ИВЛ. Разумеется, это далеко не единственный ресурс, который требует продуманного администрирования во время пандемии. Следует учитывать и то обстоятельство, что речь идет о сложных и дорогостоящих приборах, нехватку которых трудно компенсировать в сжатые сроки. Для эксплуатации этих приборов требуются дополнительные дефицитные ресурсы (кислород, седативные средства), а также специально обученный медперсонал, способный обеспечить безопасное функционирование аппаратов ИВЛ ежедневно на протяжении трех смен подряд [10, р. 2050].

Из всех видов медицинской помощи, подлежащих нормированию, ИВЛ представляется наиболее проблемной еще по одной причине. Когда у пациентов дыхание осложняется до такой степени, что им необходима респираторная поддержка, обычно их можно спасти только в течение ограниченного промежутка времени. Когда же от аппарата отключают пациентов, полностью от него зависящих, они, как правило, умирают в течение нескольких минут [23, р. 1973–1974]. С другой стороны, подключение к аппарату ИВЛ стопроцентно не гарантирует выживание, а также сопряжено с побочными эффектами и долгосрочными осложнениями.

Медицинская сортировка предусматривает распределение больных на категории относительно очередности, места и способов оказания помощи [2, с. 528]. Для обозначения процесса расстановки приоритетов также используется термин «триаж» (фр. «triage» — «сортировка»). Подходы к сортировке, применяемые в настоящее время в работе гражданских чрезвычайных служб, сформировались в военной медицине для случаев одновременного оказания помощи множеству раненных в боевых действиях [3, с. 73]. В российской науке основоположником теории и практики медицинской сортировки принято считать русского хирурга Н.И. Пирогова (1810–1881) [2, с. 528]. В западной традиции таковым считается французский военный хирург Д.Ж. Ларри (1766–1842), с его именем связывается принцип оказания помощи в первую очередь самым тяжелым пациентам [11, р. 293].

На сегодняшний день в западной медицине катастроф существует целый ряд систем сортировки, большинство из которых применяются при стихийных бедствиях или несчастных случаях. Одним из наиболее распространенных принято считать метод START¹ [3, с. 73–75]. Инструменты для сортировки во время эпидемий (PITA², CHDMT³ и др.), разработанные Центром по контролю и профилактике заболеваемости США, имеют некоторую специфику, но в их основе лежат те же принципы.

Критерии медицинской сортировки

В обычных обстоятельствах врачебной практики чаще всего рекомендуются критерии медицинской пользы или принцип

А.П. Патракова
Этические аспекты сортировки пациентов при дефиците аппаратов ИВЛ в условиях пандемии COVID-19

¹ Simple Triage and Rapid Treatment (упрощенная сортировка и быстрое лечение).

² Pandemic Influenza Triage Algorithm (алгоритм сортировки при пандемическом гриппе).

³ Community Healthcare Decision Making Tool (инструмент для принятия решений в области общественного здравоохранения).

ЭКСТРЕ- МАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

очередности («первым пришел — первым обслужен») [22, р. 1–2]. Морально легитимным считается процесс определения приоритетов, который отвечает четырем условиям: прозрачности; инклюзивности (допускается участие всех, кого могут касаться принимаемые решения); учету фактических данных; возможности пересмотра решений с учетом новых сведений или аргументов [14, р. 5].

Относительно последнего условия следует заметить, что в ситуации пандемии значительную сложность представляет не только поток пациентов, но и колоссальный объем данных, которые надо учитывать в максимально сжатые сроки. В связи с этим некоторые специалисты предлагают использовать в качестве вспомогательного инструмента искусственный интеллект [8]. Разработки в данном направлении в настоящее время ведутся в США и Великобритании. Разумеется, пока рано говорить о том, что в ходе пандемии сортировочные решения будут переложены на искусственный интеллект. В нынешних условиях основная тяжесть решений о жизни и смерти пациента возлагается на людей.

В феврале — марте 2020 года в ряде европейских стран (Италия [25], Швейцария [21], Австрия [17], Германия [9], Великобритания [16], Бельгия [15]) были разработаны методические рекомендации по распределению ограниченных ресурсов в ситуации пандемии коронавируса. Специалисты из Института биомедицинской этики и истории медицины Цюрихского университета сопоставили эти документы друг с другом и пришли к заключению, что ни один из них не рекомендует применять принцип лотереи или принцип очередности [14]. Все рекомендации сходны в том, что при нехватке ресурсов должны применяться одни и те же критерии как для заразившихся коронавирусом, так и для пациентов с другими диагнозами. Кроме того, во всех рекомендациях неотъемлемым условием оказался прогноз выживаемости, оцениваемый согласно современным стандартам интенсивной терапии.

Что касается различий в содержании упомянутых документов, то они прослеживаются в критериях кратко- и долгосрочного выживания. Швейцарские и австрийские рекомендации называют ключевым критерием сортировки только краткосрочную выживаемость. Руководства Великобритании и Бельгии критерий выживаемости не рассматривают вовсе. В руководствах других стран допускается, что на решение о подключении пациента к ИВЛ могут влиять либо долгосрочный прогноз выживаемости (Германия), либо небольшая продолжительность жизни вследствие преклонного возраста или сопутствующих заболеваний (Италия). В рекомендациях Швейцарии возрастной критерий отвергается как таковой, однако упоминается, что при отсутствии свободных коек

возраст пациента старше 85 лет может служить основанием для отказа в лечении [ibid.].

В России аналогичных официальных документов пока нет. Если говорить о США, то существующие в этой стране руководства весьма неоднородны. Хотя большинство из них опираются на критерии клинической потребности и пользы, в отношении дополнительных критериев, дискуссионных с этической точки зрения (возраст, сохранение ресурсов, приоритет, отдаваемый медицинским работникам), прослеживается множество различий. Кроме того, во многих стратегиях не оговаривается, как именно те или иные критерии будут применяться на практике [5, р. 192].

Для наглядности можно сравнить, как протоколы двух штатов, Мэриленд и Пенсильвания, по-разному оценили бы степень тяжести состояния одних и тех же пациентов, нуждающихся в ИВЛ. Согласно протоколу штата Мэриленд, 24-летний пациент А. с 13 баллами по шкале SOFA⁴ получил бы 3 балла по сортировочному протоколу, в то время как 72-летний пациент Б. с 10 баллами по той же шкале, а также умеренно выраженной стадией болезни Альцгеймера получил бы 2 балла и, соответственно, приоритет в подключении к ИВЛ. Однако в штате Пенсильвания тот же пациент Б. набрал бы дополнительные баллы из-за болезни Альцгеймера и в результате первым к аппарату ИВЛ подключили бы молодого пациента А. [7]. Что касается рекомендаций штата Нью-Йорк [24], одного из эпицентров пандемии в США, их подход к медицинской сортировке ориентирован на спасение по возможности максимального числа жизней исходя из невысокой вероятности выживания. Пациентов, чье состояние не улучшается, отключают от аппаратов ИВЛ в пользу других пациентов [23, р. 1974].

Таким образом, подавляющее большинство зарубежных рекомендаций, как правило, содержат три основных компонента: критерии, на основании которых пациенту может быть отказано в получении конкретного вида лечения; методику оценки вероятности летального исхода; требование повторных оценок состояния пациента [14, р. 1]. Если рекомендации предыдущих лет предлагали руководствоваться либо принципом медицинской пользы, либо критерием оказания помощи в соответствии с очередностью поступления, то в период пандемии COVID-19 выдвигаются критерии спасения наибольшего числа жизней или спасения наибольшего числа лет жизни [22, р. 2]. При этом подчеркивается оправданность данных критериев с этической точки зрения [5, р. 188].

А.П. Патракова
Этические
аспекты сорти-
ровки пациен-
тов при дефи-
ците аппаратов
ИВЛ в условиях
пандемии
COVID-19

⁴ Sepsis-related Organ Failure (полиорганная недостаточность при сепсисе).

ЭКСТРЕ- МАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

Вместе с тем нацеленность на спасение максимального количества жизней не означает, что у большинства выживших будет хорошее качество жизни. В одобренных руководствах о таком критерии, как качество жизни, не упоминается, поскольку его трудно оценивать непредвзято [10; 18, р. 1].

Следует также отметить, что при сопоставлении статистических сведений из разных стран о пациентах с COVID-19, которым потребовалась ИВЛ, уделяется мало внимания важному вопросу о культурной обусловленности ожиданий и предпочтений в отношении медицинской помощи. Эта социокультурная вариативность представлений о качестве и объеме лечения тесно связана с ресурсами и всегда будет играть значительную роль в понимании международных данных [26, р. 1].

Принудительное отключение от ИВЛ в условиях пандемии

В повседневной медицинской практике ИВЛ может быть приостановлена либо отменена, если больше нет показаний к ее применению или лечение противоречит воле пациента [13]. В таких кризисных ситуациях, как пандемия, на подобную практику накладывается дополнительный процесс сортировки [14, р. 1]. К сожалению, может возникнуть необходимость приостановить ИВЛ или отключить от нее тех, кому в иных обстоятельствах эта терапия принесла бы пользу [5, р. 188]. Например, в соответствии со стратегией штата Вашингтон врачи должны проводить повторную оценку состояния пациентов на аппаратах ИВЛ примерно раз в сутки. Если состояние пациента улучшается, его переводят из отделения интенсивной терапии, чтобы освободить место для нового пациента. Если же состояние пациента ухудшается даже на аппарате ИВЛ, стратегия сортировки предусматривает перевод такого пациента на паллиативное лечение, в результате чего также освобождается место для другого больного. Врачи крайне обеспокоены подобными мерами, поскольку у тяжелобольных пациентов с коронавирусом перед тем, как их состояние начнет улучшаться, нередко наблюдается ухудшение. Некоторым из выживших пациентов требуется нахождение на аппарате ИВЛ от нескольких дней до нескольких недель [6].

По мнению международного коллектива исследователей из США, Великобритании, Канады и Бразилии во главе с Е. Эмануэлем, в условиях пандемии «решение изъять скудный ресурс для спасения других не является актом убийства» [10]. Хотя менее полувека назад отключение от аппарата ИВЛ рассматривалось как акт убийства,

запрещенный законом и по этическим соображениям. К настоящему времени, задолго до начала пандемии, отношение к этой процедуре стало меняться. Если пациент или его поверенный выразил желание отказаться от жизнеподдерживающей терапии, прекращение ИВЛ считается в США этической и юридической нормой. Отключение же от аппарата ИВЛ против воли пациента или его поверенного осуществляется только в тех штатах и больницах, где врачам дано право в одностороннем порядке прекращать лечение, признанное бесполезным. Однако во время пандемии коронавируса решения об отключении от аппарата ИВЛ ради другого пациента не отвечают ни одному из названных критериев. Во-первых, это делается не по просьбе пациента или его законного представителя. Во-вторых, нет оснований утверждать, что для отключенного от аппарата ИВЛ пациента лечение бесполезно [23, p. 1974].

Сколь бы рациональными ни были те или иные аргументы в теории, на практике любая ситуация принудительного отключения пациента от аппарата ИВЛ, по мнению Э. Петерсона, доцента философии Университета Дж. Мейсона (США), сопряжена с травмирующим душевным опытом, усугубляющим и без того тяжелое бремя пандемии. Врачи будут испытывать чувства горечи и бессилия перед лицом решений, которые противоречат их этосу заботы. Семьи пациентов, умерших после принудительного отключения от аппаратов ИВЛ, вполне обоснованно будут выражать гнев, возмущение и замешательство. Кроме того, родные пациентов с ограниченными возможностями могут подозревать врачей в дискриминации. А некоторых пациентов, получающих ИВЛ, может охватить чувство вины за то, что они выжили за счет жизни других [19, p. 2].

Предполагается, что методические руководства способны облегчить бремя трудных решений о распределении дефицитных ресурсов среди пациентов. Во всяком случае, они призваны задавать четкие критерии, совместно выработанные профессиональными ассоциациями. Однако кто в конечном счете принимает решения на основании вышеописанных критериев в конкретных ситуациях?

Когда поток пациентов превышает число реаниматологов, к оказанию помощи в нынешних обстоятельствах COVID-19 авторы некоторых рекомендаций предлагают привлекать врачей других специальностей. В помощь перегруженным врачам также предлагается создание сортировочных (триажных) или этических комиссий, которые могли бы визировать решения, принимаемые старшими реаниматологами, или же выносить решения самостоятельно. Насколько это осуществимо на практике — зависит от страны и масштабов кризиса [22, p. 3–4].

А.П. Патракова
Этические
аспекты сорти-
ровки пациен-
тов при дефи-
ците аппаратов
ИВЛ в условиях
пандемии
COVID-19

На вопрос о том, должны ли входить в состав сортировочных комиссий врачи, непосредственно ведущие конкретных пациентов, не дается однозначного ответа. Отмечается, что у реаниматологов может быть недостаточно времени и сил, чтобы заниматься лечением и одновременно участвовать в работе триажной комиссии. Рассматривается вопрос о плюсах и минусах привлечения врачей иных направлений вместе с другими специалистами, не имеющими опыта триажа, к проведению сортировки пациентов в условиях пандемии [ibid., p. 4].

Некоторые исследователи признают, что в глазах общественности сортировочные комиссии могут быть восприняты

как «экспертные группы смерти». Вместе с тем сторонники таких комиссий настаивают на том, что цель последних направлена как раз на спасение как можно большего числа жизней. Причем одним из преимуществ сортировочных комиссий представляется то, что они берут на себя бремя непосильных решений и тем самым оберегают врачей от тяжелых психологических травм [23, р. 1974–1975; 24, р. 1878].

Пока нет проверенных сведений о том, сформированы ли такие сортировочные комиссии и как они осуществляют свою деятельность на практике в нынешних условиях. Тем не менее на основании существующих научных публикаций и сообщений СМИ можно сделать предварительные выводы о возможных этических рисках, связанных с этими предложениями и рекомендациями.

Риски дискриминации наиболее уязвимых пациентов

С этической точки зрения серьезную обеспокоенность вызывает тот факт, что уязвимые группы населения (пожилые люди; лица, имеющие проблемы со здоровьем) исключены из числа приоритетных [7]. Это дает основания говорить о тенденциях к неявной дискриминации по возрасту и состоянию здоровья. Так, в условиях нынешней пандемии существенную роль в решениях о приеме критических пациентов в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) стал играть возрастной критерий на том основании, что пожилой возраст обычно напрямую связан с плохими результатами лечения [22, р. 2]. Например, в статье «Следует ли отказывать в приеме в ОРИТ пожилым? Этические соображения во времена COVID-19» голландские реаниматологи считают оправданным уделять приоритетное внимание молодым пациентам, чтобы достичь максимальной пользы для наибольшего числа людей. Одновременно с этим авторы подчеркивают неприемлемость универсального возрастного ценза и не считают возможным оправдывать отказ в приеме в ОРИТ всем пациентам старше определенного возраста. В то же время они приводят в качестве аргумента принцип честного распределения (fair innings), подразумевая, что пациенты старшего возраста уже прожили достаточно долгий срок, и потому вполне справедливо уступить место тем, кто моложе [12, р. 3].

Другим критерием отказа в ИВЛ, как уже отмечалось выше, могут быть сопутствующие заболевания. Так, в документах некоторых американских штатов указано, что пациентам с неврологическими нарушениями, деменцией или со СПИД может быть отказано в подключении к аппарату ИВЛ [7].

А.П. Патракова
Этические
аспекты сорти-
ровки пациен-
тов при дефи-
ците аппаратов
ИВЛ в условиях
пандемии
COVID-19

Особую категорию в этом отношении составляют хронические критические пациенты — те, кто подключен к аппаратам ИВЛ в учреждениях долгосрочного ухода. Особенность таких пациентов заключается в том, что многие из них находятся в бессознательном состоянии. Уже упомянутый Э. Петерсон и его канадские коллеги настаивают на том, что системы здравоохранения должны воздерживаться от принудительного отключения и перераспределения аппаратов ИВЛ у пациентов, находящихся на лечении в учреждениях долгосрочного ухода и получающих длительную ИВЛ [18]. Такое перераспределение аппаратов ИВЛ может спасти больше жизней, но будет противоречить социальной норме защиты уязвимых лиц и сообществ и может быстро перерасти в безжалостный утилитаризм. Необходимо ограничивать подобные решения о перераспределении аппаратов ИВЛ, чтобы сбалансировать конкурирующие этические обязанности и защитить уязвимые группы населения от дискриминации [19, р. 2]. Критические пациенты, многие из которых находятся в бессознательном состоянии, редко способны постоять за себя в момент принятия решений о собственной жизни и смерти, что составляет серьезную проблему с этической точки зрения [1, с. 1726].

Принятие решений о распределении медицинских ресурсов — как в штатных ситуациях, так и в условиях пандемии — порождает коллизию между двумя этическими принципами — милосердием, побуждающим делать выбор исходя только из потребностей пациента, и справедливостью. В связи с этим конфликтом принципов решения о распределении медицинских ресурсов, с одной стороны, стигматизируются, а с другой — эвфемизируются, о чем

свидетельствуют обтекаемые термины «оптимизация», «сортировка», «приоритизация» [4, с. 1718].

Ситуации выбора из двух зол меньшего — минимизировать человеческие потери — связаны с конкретным технологическим ресурсом, который приобретает стратегическое значение в международной политике и экономике.

В чрезвычайных обстоятельствах пандемии смещается этическая система координат. Новый масштаб критериев оценки — объективированное, массовое отношение, порождающее соответствующие дискурсивные практики. Тем не менее масштабы потерь не снимают вопрос о ценности отдельной человеческой жизни. Однако самой по себе ценности оказывается недостаточно, чтобы однозначно и объективно определить, кто из пациентов должен получить дефицитные ресурсы. Их справедливое распределение требует многофакторной этической основы, которая может быть адаптирована в зависимости от характера самих ресурсов и рассматриваемого контекста [10, р. 2051].

В настоящее время на разработку стандартов, протоколов и алгоритмов, так же как и на идею создания сортировочных комиссий, может возлагаться немалая надежда в решении предельных моральных дилемм. Вместе с тем, на наш взгляд, попытки алгоритмизации и институционализации этического выбора того, кому будет предоставлено право на выживание, должны тщательно взвешиваться и применяться с осторожностью. В ситуациях, когда надо решать, кому может быть отказано в праве и шансе на жизнь ради шанса на выживание других, заведомо невозможны однозначные ответы.

Литература

1. Бледсоу Т.А., Уорд Н.С., Леви М.М. Этические принципы в медицине критических состояний // Руководство по критической медицине: в 2 т. / под ред. Ж.-Л. Венсана. СПб.: Человек, 2019. Т. 2. С. 1726–1730.
2. Лидов И.П., Лобанов Г.П. Сортировка медицинская // БМЭ / гл. ред. Б.В. Петровский. 3-е изд. М.: Сов. энцикл., 1984. Т. 23. С. 528–531.
3. Пивина Л.М., Алибаева Г.А., Дюсупов А.А. и др. Система медицинской сортировки больных (triage) при оказании неотложной помощи: обзор литературы // Наука и здравоохранение. 2018. № 1. С. 70–84.
4. Рубенфельд Г.Д. Распределение ресурсов в отделении интенсивной терапии // Руководство по критической медицине: в 2 т. / под ред. Ж.-Л. Венсана. СПб.: Человек, 2019. Т. 2. С. 1718–1725.
5. Antommaria A.H., Gibb T.S., McGuire A.L. et al. Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated with Members of the Association of Bioethics Program Directors // Annals of Internal Medicine. 2020. Vol. 173, iss. 3. P. 188–195. DOI: 10.7326/M20-1738

А.П. Патракова
Этические
аспекты сорти-
ровки пациен-
тов при дефи-
ците аппаратов
ИВЛ в условиях
пандемии
COVID-19

ЭКСТРЕ- МАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

6. *Baker M., Fink S.* At the Top of the Covid-19 Curve, How Do Hospitals Decide Who Gets Treatment? URL: <https://www.nytimes.com/2020/03/31/us/coronavirus-covid-triage-rationing-ventilators.html> (дата обращения: 30.06.2020).

7. *Beall A.* The Heart-Wrenching Choice of Who Lives and Dies. URL: <https://www.bbc.com/future/article/20200428-coronavirus-how-doctors-choose-who-lives-and-dies> (дата обращения: 30.06.2020).

8. *Biller-Andorno N., Biller A.* Algorithm-Aided Prediction of Patient Preferences — an Ethics Sneak Peek // *New England Journal of Medicine*. 2019. Vol. 381, N 15. P. 1480–1485.

9. *Dutzmann J., Hartog C., Janssens U.* et al. Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall — und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. URL: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen-alt/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file> (дата обращения: 30.06.2020).

10. *Emanuel E.J., Persad G., Upshur R.* et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 // *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382, N 21. P. 2049–2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114

11. *Gold A., Strous R.D.* Second Thoughts About Who is First: The Medical Triage of Violent Perpetrators and Their Victims // *Journal of Medical Ethics*. 2017. Vol. 43. P. 293–300. DOI: 10.1136/medethics-2016-103496

12. *Haas L.E.M., Lange D.W. de, Dijk D. van* et al. Should We Deny ICU Admission to the Elderly? Ethical Considerations in Times of COVID-19 // *Critical Care*. 2020. Vol. 24, N 321. P. 1–3. DOI: 10.1186/s13054-020-03050-x

13. *Hick J.L., Barbera J.A., Kelen G.D.* Refining Surge Capacity: Conventional, Contingency, and Crisis Capacity // *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2009. Vol. 3, Suppl. 2. P. 59–67. DOI: 10.1097/DMP.0b013e31819f1ae2

14. *Joebges S., Biller-Andorno N.* Ethics Guidelines on COVID-19 Triage — an Emerging International Consensus // *Critical Care*. 2020. Vol. 24, N 201. P. 1–5. DOI: 10.1186/s13054-020-02927-1

15. *Meyfroidt G., Vlieghe E., Biston P.* et al. Ethical Principles Concerning Proportionality of Critical Care During the 2020 COVID19 Pandemic in Belgium: Advice by the Belgian Society of Intensive Care Medicine. (Update 26-03-2020). URL: http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID_19_ethical_E_rev3.pdf (дата обращения: 30.06.2020).

16. NICE. COVID-19 Rapid Guideline: Critical Care in Adults. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG159> (дата обращения: 30.06.2020).

17. OEGARI. Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid 19 Pandemie. URL: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_garistatement_v1.7_final_2020-03-17.pdf (дата обращения: 30.06.2020).

18. *Peterson A., Owen A.M., Weijer C.* Is It Ethical for Forcibly Withdraw Ventilators from Nursing Home Patients for Reallocation to Covid-19 Patients? // *Journal of Medical Ethics Blog*. URL: <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/27/is-it-ethical-to-forcibly-withdraw-ventilators-from-nursing-home-patients-for-reallocation-to-covid-19-patients/> (дата обращения: 30.06.2020).

19. *Peterson A., Largent E.A., Hart E.* et al. Ethics of Reallocating Ventilators in the Covid-19 Pandemic // *BMJ*. 2020. Vol. 369, N 1828. P. 1–4. DOI: 10.1136/bmj.m1828

20. *Rosenbaum L.* Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic Front Line // *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382. P. 1873–1875.

21. SAMW. COVID-19 Pandemic: Triage for Intensive-care Treatment Under Resource Scarcity. URL: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html> (дата обращения: 30.06.2020).

22. Sprung Ch.L., Joynt G.M., Christian M.D. et al. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival // *Critical Care Medicine*. 2020. [Advance online publication]. P. 1–7. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004410

23. Truog R.D., Mitchell C., Daley G.Q. The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic // *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382, N 21. P. 1973–1975. DOI: 10.1056/NEJMp2005689

24. Ventilator Allocation Guidelines. Albany: New York State Task Force on Life and the Law, New York State Department of Health, November 2015. URL: https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf (дата обращения: 30.06.2020).

25. Vergano M., Bertolini G., Giannini A. et al. Clinical Ethics Recommendation for the Allocation of Intensive Care Treatments in Exceptional, Resource-Limited Circumstances. URL: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Recommendations.pdf> (дата обращения: 30.06.2020).

26. Wunsch H. Mechanical Ventilation in COVID-19: Interpreting the Current Epidemiology // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2020. Vol. 202, N 1. P. 1–4. DOI: 10.1164/rccm.202004-1385ED

Ethical Aspects of Ventilator Triage During the COVID-19 Pandemic

Alina P. Patrakova

Postgraduate Student of the Department of Humanitarian Expertise and Bioethics.

RAS Institute of Philosophy.

12/1 Goncharnaya Str., Moscow 109240, Russian Federation.

Secretary of the Department of Theology.

Saint Philaret's Christian Orthodox Institute.

29 Pokrovka Str., Moscow 105062, Russian Federation.

E-mail: alina.patrakova@sfi.ru

Abstract. The article deals with the issues related to mechanical ventilation triage of critically ill patients during the current pandemic of COVID-19. A brief overview of the guidelines recently published in the United States and Europe is presented. The author points out at the sociocultural variability on the necessity and duration of ventilation, closely related to resources, which influence the approaches to triage. The principles and criteria for selecting critically ill patients to be admitted to intensive care units during the pandemic are analysed in comparison with regular situations. In particular, the principles of “first come — first served” and saving the maximum number of lives are considered. Special attention is paid to the problem of forced withdrawal of life support. If just a few decades ago weaning from mechanical ventilation was considered an act of killing, prohibited by both law and ethics, by now, long before the pandemic outbreak, the attitudes

А.П. Патракова
Этические аспекты сортировки пациентов при дефиците аппаратов ИВЛ в условиях пандемии COVID-19

ЭКСТРЕ- МАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

towards this procedure have begun to change. Under the extreme circumstances of the pandemic, some openly believe that withdrawing a ventilator from one patient for the sake of another is not an act of killing. The question about decision-makers is also raised. The author outlines two positions on to whom the responsibility for rationing scarce ventilators is recommended to be assigned. The first approach presumes that this responsibility has to be undertaken by intensivists directly involved in patient care, whereas the second one ascribes it to triage officers and committees who do not contact critically ill patients. The paper also discusses the risks of an utilitarian approach to triage, leading to implicit discrimination against the elderly and people with disabilities, including chronic critical patients on long-term mechanical ventilation in nursing homes or LTAC hospitals. The conclusion points to the conflict between the ethical principles of mercy and equity. Finally, the question is raised about the acceptability and limits of institutionalizing and algorithmizing life-and-death ethical choices regarding individual patients or population groups.

Keywords: pandemic, triage, critical patients, resource allocation, exclusion criteria, intensive care unit, mechanical ventilation.

For citation: Patrakova A.P. Ethical Aspects of Ventilator Triage During the COVID-19 Pandemic // *Chelovek*. 2020. Vol. 31, N 6. P. 165–180. DOI: 10.31857/S023620070013089-4.

References

1. Bledsoe T.A., Ward N.S., Levy M.M. *Eticheskiye principy v medicine kriticheskikh sostoyaniy* [Ethical Principles in Critical Care Medicine]. *Rukovodstvo po kriticheskoi meditsine: v 2 t.* [Textbook of Critical Care: in 2 vol.], ed. by J.-L. Vincent. St. Petersburg: Chelovek Publ., 2019. Vol. 2. P. 1726–1730.
2. Lidov I.P., Lobanov G.P. *Sortirovka medicinskaya* [Medical Triage]. *BME* [Great Medical Encyclopedia], ed. by B.V. Petrovskiy. 3rd ed. Moscow: Sovetskaya Entsiklopediya Publ., 1984. Vol. 23. P. 528–531.
3. Pivina L.M., Alibayeva G.A., Dyusupov A.A. et al. *Sistema medicinskoj sortirovki bolnyh (triage) pri okazanii neotlozhnoy pomoshhi: obzor literatury* [Triage in Emergency Care Medicine: Literature Review]. *Nauka i zdavookhranenie*. 2018. N 1. P. 70–84.
4. Rubenfeld G.D. *Raspredelenie resursov v otdelenii intensivnoy terapii* [Resource Allocation in the Intensive Care Unit]. *Rukovodstvo po kriticheskoi meditsine: v 2 t.* [Textbook of Critical Care: in 2 vol.], ed. by J.-L. Vincent. St. Petersburg: Chelovek Publ., 2019. Vol. 2. P. 1718–1725.
5. Antommaria A.H., Gibb T.S., McGuire A.L. et al. Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated with Members of the Association of Bioethics Program Directors. *Annals of Internal Medicine*. 2020. Vol. 173, iss. 3. P. 188–195. DOI: 10.7326/M20-1738
6. Baker M., Fink S. *At the Top of the Covid-19 Curve, How Do Hospitals Decide Who Gets Treatment?* URL: <https://www.nytimes.com/2020/03/31/us/coronavirus-covid-triage-rationing-ventilators.html> (date of access: 30.06.2020).
7. Beall A. *The Heart-Wrenching Choice of Who Lives and Dies*. URL: <https://www.bbc.com/future/article/20200428-coronavirus-how-doctors-choose-who-lives-and-dies> (date of access: 30.06.2020).

8. Biller-Andorno N., Biller A. Algorithm-Aided Prediction of Patient Preferences — an Ethics Sneak Peek. *New England Journal of Medicine*. 2019. Vol. 381, N 15. P. 1480–1485.
9. Dutzmann J., Hartog C., Janssens U. et al. *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall — und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie*. URL: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen-alt/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file> (date of access: 30.06.2020).
10. Emanuel E.J., Persad G., Upshur R. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382, N 21. P. 2049–2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114
11. Gold A., Strous R.D. Second Thoughts About Who is First: The Medical Triage of Violent Perpetrators and Their Victims. *Journal of Medical Ethics*. 2017. Vol. 43. P. 293–300. DOI: 10.1136/medethics-2016-103496
12. Haas L.E.M., Lange D.W. de, Dijk D. van et al. Should We Deny ICU Admission to the Elderly? Ethical Considerations in Times of COVID-19. *Critical Care*. 2020. Vol. 24, N 321. P. 1–3. DOI: 10.1186/s13054-020-03050-x
13. Hick J.L., Barbera J.A., Kelen G.D. Refining Surge Capacity: Conventional, Contingency, and Crisis Capacity. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2009. Vol. 3, Suppl. 2. P. 59–67. DOI: 10.1097/DMP.0b013e31819f1ae2
14. Joebgies S., Biller-Andorno N. Ethics Guidelines on COVID-19 Triage — an Emerging International Consensus. *Critical Care*. 2020. Vol. 24, N 201. P. 1–5. DOI: 10.1186/s13054-020-02927-1
15. Meyfroidt G., Vlieghe E., Biston P. et al. *Ethical Principles Concerning Proportionality of Critical Care During the 2020 COVID19 Pandemic in Belgium: Advice by the Belgian Society of Intensive Care Medicine*. (Update 26-03-2020). URL: http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID_19_ethical_E_rev3.pdf (date of access: 30.06.2020).
16. NICE. *COVID-19 Rapid Guideline: Critical Care in Adults*. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG159> (date of access: 30.06.2020).
17. OEGARI. *Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid 19 Pandemie*. URL: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_garistatement_v1.7_final_2020-03-17.pdf (date of access: 30.06.2020).
18. Peterson A., Owen A.M., Weijer C. Is It Ethical for Forcibly Withdraw Ventilators from Nursing Home Patients for Reallocation to Covid-19 Patients? *Journal of Medical Ethics blog*. URL: <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/27/is-it-ethical-to-forcibly-withdraw-ventilators-from-nursing-home-patients-for-reallocation-to-covid-19-patients/> (date of access: 30.06.2020).
19. Peterson A., Largent E.A., Hart E. et al. Ethics of Reallocating Ventilators in the Covid-19 Pandemic. *BMJ*. 2020. Vol. 369, N 1828. P. 1–4. DOI: 10.1136/bmj.m1828
20. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic Front Line. *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382. P. 1873–1875.
21. SAMW. *COVID-19 Pandemic: Triage for Intensive-care Treatment Under Resource Scarcity*. URL: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html> (date of access: 30.06.2020).
22. Sprung Ch.L., Joynt G.M., Christian M.D. et al. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Critical Care Medicine*. 2020. [Advance online publication]. P. 1–7. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004410

А.П. Патракова
Этические
аспекты сорти-
ровки пациен-
тов при дефи-
ците аппаратов
ИВЛ в условиях
пандемии
COVID-19

