

ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ (СЛР) ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ БЕСПЕРСПЕКТИВНОСТИ: НОРМАТИВНЫЕ ОСНОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В СРАВНИТЕЛЬНО-ПРАВОВОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН

Шабратко В. А.

Научный руководитель: ст. преп. Шматова А. А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Проведён сравнительный анализ правовых основ отказа и прекращения СЛР в Беларуси и зарубежных странах. Выявлены ключевые различия в подходах, на основе которых предложены методы по совершенствованию правового регулирования.

Ключевые слова: реанимация, юридические основания отказа, необоснованность СЛР, сердечно-лёгочная реанимация, клиническая бесперспективность.

Актуальность. Высокая стоимость одного дня лечения пациентов в отделении интенсивной терапии и юридическая неопределённость в вопросе отказа от СЛР при клинической бесперспективности обуславливает конфликт между императивными обязанностями врача и правом пациента на достойную смерть.

Цель: разработка рекомендаций по совершенствованию национального законодательства и устранению правовой неопределённости в вопросах отказа от СЛР при клинической бесполезности.

Задачи:

1. Провести сравнительный анализ и выявить ключевые различия правового регулирования СЛР в Беларуси и зарубежных странах.

2. Разработать предложения для совершенствования национального законодательства, регулирующего отказ от СЛР при клинической бесперспективности.

Материалы и методы. В работе применялись научные статьи, клинические и этические протоколы, нормативно-правовые акты (НПА) и судебная практика Республики Беларусь и зарубежных стран при использовании сравнительно-правового и формально-юридического методов.

Результаты и их обсуждение. Медицинская помощь в Республике Беларусь (РБ/Беларусь) осуществляется строго на основании клинических протоколов или иных НПА Министерства здравоохранения РБ (МЗ) [1, ст. 14]. Единственным исключением является методика оказания медицинской помощи, выделенная Законом «О здравоохранении РБ» (ЗОЗ), которая является научно обоснованной, осуществляется в интересах пациента и только с его письменного согласия [1, ст.18]. Закон содержит императивную норму о необходимости полнобъёмной помощи для пациентов, которые находятся в критическом для жизни

состоянии [1, ст.20]. Закон подразумевает одно основание для прекращения реанимационных мероприятий – констатация смерти пациента [1, ст. 21].

В законе указано, что проведение любой медицинской помощи возможно только с добровольного согласия пациента (представителей) (на простые медицинские вмешательства – устно, на сложные – в письменной форме) [1, ст. 18]. Постановление МЗ «Об установлении перечня простых медицинских вмешательств» не включает реанимационные мероприятия [3], что определяет их как «сложные вмешательства» и означает необходимость получения письменного согласия пациента на их проведение. ЗОЗ позволяет не получать письменное согласие от пациента в случаях, когда медицинские вмешательства должны быть выполнены срочно и нет возможности получить согласие от пациента (представителей). В данном случае решение может быть принято врачебным консилиумом или лечащим врачом (в случае невозможности проведения консилиума) [1, ст. 44].

Согласно нормам ЗОЗ пациент или его представители могут написать письменный отказ от медицинского вмешательства [1, ст. 45]. В отличие от письменной формы согласия на медицинское вмешательство [4] письменная форма отказа от медицинской помощи и вмешательства нормативно не закреплена. Отказ оформляется записью в медицинских документах и должен содержать подпись пациента и лечащего врача, разъяснившего пациенту возможные последствия такого отказа [1, ст. 45]. Можно сделать вывод о том, что пациент имеет право

заранее отказаться от проведения любых реанимационных действий, если у него будет свой лечащий врач, который примет отказ и объяснит пациенту все его последствия. Вопрос о том, может ли и имеет ли право пациент прийти к своему лечащему врачу в поликлинике и сообщить о своём намерении отказаться от любых будущих реанимационных мероприятий, остается юридически неопределённым. В данном случае пациент формально выполнил все условия, установленные ЗОЗ, а разъяснения о последствиях отказа от СЛР не требуют специализированных знаний врача общей практики.

МЗ имеет сформированную позицию о тех пациентах, которым следует ограничить оказание интенсивной медицинской помощи. Своим внутренним приказом МЗ определило, что не подлежат направлению на лечение в отделениях анестезиологии и реанимации пациенты в вегетативном состоянии и с хроническими заболеваниями (в том числе онкологическими), в состояниях, при которых смерть является логическим завершением основного патологического процесса, а лечение сводится к облегчающей страдания терапии [5]. Из данного приказа можно определить точку зрения МЗ о том, что данным пациентам не следует продлевать болезненное состояние и интенсивное лечение им не показано.

Лечащий врач может с согласия руководителя принять решение об отказе в медицинской помощи пациенту, когда пациент не соблюдает врачебных предписаний или правил внутреннего распорядка, если это не угрожает

жизни пациенту [1, ст. 17, 45]. Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях» также подтверждает отсутствие возможности врачам самостоятельно принимать решение об отказе от оказания СЛР. Протокол содержит императивную диспозицию о том, что в случае внезапной остановки сердца медицинские работники должны немедленно начать реанимацию [6, п.12]. Несмотря на наличие точной и понятной градации ситуаций, которые не относят к внезапной остановке сердца (критическое состояние пациента, истощание методов лечения), МЗ в данном протоколе не указывает, что в подобных ситуациях СЛР не проводится. Случаев для такого отказа выделяются два: с момента остановки кровообращения прошло более 30 минут или нет эффекта от реанимационных мероприятий в течение 30 минут с момента остановки кровообращения [6, п.13].

Можно точно определить на основании НПА, что врач в Беларуси обязан в любых случаях (за исключением письменного отказа и случаев прошествия 30 минут с момента остановки кровообращения) проводить СЛР пациентам, в том числе, когда смерть для них является логическим завершением болезни, а доступные методы лечения исчерпаны. Данные обстоятельства, помимо психологического воздействия, усугубляются для врача возможной уголовной ответственностью за неоказание медицинской помощи, повлекшее по неосторожности смерть больного [8, ст. 161].

Рассмотрим систему здравоохранения Российской Федерации

(РФ) – страны, территориально и ментально близкой Беларуси. Несмотря на наличие формулировок в федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ООЗГ) о невозможности врачебного отказа от оказания экстренной медицинской помощи [2, ст. 11], многие диспозиции данного закона и иные отсылочные нормы позволяют сформировать совершенно иной подход к данному вопросу. Как и в Беларуси пациент должен предоставить письменное согласие на вмешательство, которое не требуется в случае угрозы для жизни и невозможности получения согласия на процедуру у самого пациента (представителей) [2, ст. 20]. Пациент имеет право отказаться от медицинских вмешательств. Отказ оформляется на бумажном носителе с разъяснением врачом всех последствий такого решения.

Появившиеся законодательные новеллы, связанные с установлением обязательного применения в РФ клинических рекомендаций (с 01.01.2025) [2, ст.37] и появление в июле 2025 г. клинической рекомендации «Остановка сердца (взрослые пациенты)» [7] позволили кардинально изменить подход врачей к оказанию СЛР. До этого момента ООЗГ содержало статью 66, указывающую на то, что СЛР не проводится при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирующего достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью [2, ст. 66]. Данная норма позволяла рассматривать возможность отказа от СЛР в определённых ситуациях, однако

точного списка неизлечимых заболеваний не было, что вызывало вопросы по применению данной нормы.

После публикации вышеуказанной клинической рекомендации, ею был дан дополнительный комментарий к статье 66, указывающий, что 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 [7, рек. 67]. Также был отдельно предоставлен список состояний, при которых необходимость возможного проведения СЛР должна быть рассмотрена консилиумом врачей [7, прил. 12]. Без решения консилиума врачей предполагается, что проводить СЛР для данных категорий пациентов не следует.

Ближайшая европейская страна, в которой здравоохранение имеет много элементов советского периода и в связи с этим более схожа с белорусской – Великобритания (СК).

Генеральный медицинский совет СК, который является основополагающим медицинским регулятором, в своём руководстве для медицинских работников определил, что врачи должны принимать решение о продолжении лечения исходя из того, принесёт ли лечение общую пользу пациенту [23, п.13]. Отдельно отмечается воля пациента, выражающаяся в письменных отказах от лечения, которая является обязательной к исполнению [23, п. 16]. В рекомендациях отдельно отмечается необходимость

проведения подготовительной работы с дееспособными пациентами у которых предполагается возможность проведения СЛР. Данным пациентам рекомендуется заранее объяснять все последствия этого вмешательства и предлагается подписать согласие или отказ от данного вмешательства [23, п.53]. Если нет дееспособного пациента, который имеет возможность принимать решение, то такую работу предлагается вести с его представителями, заранее объясняя их право на обращение за вторым мнением к другому специалисту [23, п.13,16,140]. Рекомендации отмечают, что врачу предоставляется возможность не проводить лечение, которое не принесёт общую пользу пациенту, в случае если представители пациента не воспользуются правом на получение второго мнения, даже если они не согласны [23, п.16]. Отдельно уделяется внимание разъяснению пациенту (представителям), что отказ от проведения СЛР не является отказом от иного вида лечения, которое будет предоставлено пациенту в полном объёме [23, п.143]. Многие из данных рекомендаций находят своё подтверждение в законе СК «Об умственной способности» 2005 года [19].

Судебная практика СК отдельно выделяет важность вовлечения пациентов (представителей) в решения о дальнейшем проведении СЛР, поскольку непредоставление такого права определяется как нарушение прав человека на невмешательство. Судом определяется возможность не проведения врачами СЛР, но подчёркивается важность принятия всех

возможных мер, чтобы получить мнение пациента или представителей [14, 20].

Независимые регуляторы здравоохранения в СК указывают, что врачам необходимо принимать решение об отказе от СЛР индивидуально и без типизации: по возрасту, инвалидности, диагнозу и др. [13]. Нормативная повестка в СК поддерживает эти рекомендации и старается не издавать НПА, типизирующие такие случаи, однако некоторые правительства автономных образований СК, такие как Шотландия отдельно, но также абстрактно, предоставляют примеры случаев, когда СЛР проводить не следует: продвинутая стадия смерти от необратимого состояния, прогрессирующая болезнь и ухудшение здоровья до состояния, когда СЛР не принесёт необходимой пользы [11].

Рассматривая систему здравоохранения, которая является преимущественно частной, следует обратить внимание на систему здравоохранения США. Высший суд штата Калифорнии определил, что врач не обязан продолжать лечение, как только это оказалось неэффективным [9]. Данное решение оставило открытым вопрос о том, в какой момент и при каких условиях врач может не проводить СЛР. Этический кодекс Американской медицинской ассоциации устанавливает необходимость уважать решение пациента об отказе от СЛР, включая случаи, когда это противоречит личным ценностным суждениям врача. Как и в СК, Американская Ассоциация требует начать обсуждение возможного СЛР на ранней стадии лечения пациента, когда он имеет возможность

принимать решения и отдельно указывает, что необходимо подключать его представителей к данным разговорам, чтобы они также могли в нужный момент принять необходимое решение [12].

В случаях, когда нет возможности получить согласие от пациента (представителей) (их мнение отличается от врачебного), разные Штаты имеют свою правовую практику по дальнейшим действиям врача. В одних штатах достаточно проинформировать пациента (представителей) о предполагаемом отказе от СЛР, в других необходимо наличие второго медицинского мнения или участие этической комиссии, в-третьих, необходимо поддерживать жизнь пациента до момента, пока иное учреждение здравоохранения не будет готово принять для лечения данного пациента либо не будет собрано достаточно отказов иных учреждений в приёме пациента на лечение [24].

Большинство врачей в США не знакомы с внутренними больничными регламентами и НПА, регулирующих отказы от СЛР [22]. Непонимание юридических последствий вынуждает врачей не отмечать отказ от СЛР в документации. Из-за этого формальные процедуры нередко заменяются неофициальными практиками идентификации пациентов, которым не планируют проводить СЛР. Так, в одной из больниц Нью-Йорка таких пациентов тайно отмечали фиолетовыми стикерами [21].

Отдельно следует рассмотреть здравоохранение Федеративной Республики Германии (ФРГ), которое является типовым для страховой

медицины. В ФРГ любое вмешательство должно быть выполнено только при наличии медицинских показаний и с согласия пациента. Такое вмешательство может быть проведено без согласия в случае, если пациент (представители) не может его предоставить, и такое вмешательство соответствует предполагаемой воле пациента [16, п.1, ст. 630а].

Врачебная ассоциация ФРГ в «Принципах оказания медицинской помощи в терминальной стадии жизни» определяет, что существуют ситуации, когда адекватные диагностические и терапевтические процедуры больше не показаны и необходимы ограничения [18, п. 346-348]. Федеральный суд ФРГ вынес решение, в котором указал, что процедуры, на которые нет показаний, не должны предлагаться пациенту [17]. В другом судебном решении Федеральный суд установил, что врач не имеет права изменять цель лечения, основываясь на своей личной оценке жизни пациента [10]. Критерии, по которым врачи в ФРГ могут не проводить СЛР законодательно не закреплены. В связи с этим многие немецкие клиники самостоятельно публикуют свои рекомендации на основании сложившейся медицинской и судебной практики. Так университетская клиника Майнца, выпустила свои рекомендации для врачей ФРГ, согласно которым понимание того, что смысла в СЛР нет, является основанием для отказа от его проведения. Далее рекомендации устанавливают, что реанимация, как правило, считается бесполезной, если пациент, по всем оценкам, не покинет больницу живым из-за тяжести

основного заболевания, даже при временно восстановленном кровообращении. Также устанавливается, что если пациент явно находится в процессе умирания, реанимация не показана. В данном случае врач не должен быть принуждён к реанимации [15].

Выводы:

1. Большинство стран с развитой системой здравоохранения различных типов имеют структурированный нормативный подход к возможности врачебного отказа от проведения СЛР в случае его предполагаемой клинической бесперспективности.

2. Республике Беларусь необходимо имплементировать некоторые правовые инструменты для юридической безопасности и прозрачности работы врачей с учётом зарубежного опыта.

3. Предлагается внедрить подготовительную работу для пациентов и их представителей на ранних стадиях лечения пациента. В частности, путем получения от пациентов их предварительного согласия или отказа от предполагаемой СЛР в случаях, когда проведение СЛР при соответствующих группах заболеваний клинически бесперспективно.

4. Предлагается установить систему, при которой врач, не имея возможности получить согласие либо отказ пациента (его представителей) от проведения СЛР имеет возможность оперативно использовать иные инструменты для окончательного согласования своих действий (этическая комиссия и иные органы). Если складывающаяся обстановка не позволяет получить решение от специализированных органов, должен быть

сформирован список медицинских состояний пациента, при которых СЛР может не проводиться, с возможным

инструментом дополнительной защиты от субъективных решений врача в форме второго врачебного мнения.

Литература

1. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь от 18.07.1993 г. № 2435-XII.
2. Об основах охраны здоровья граждан в РФ: Федер. закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
3. Об установлении перечня простых медицинских вмешательств : постановление МЗ РБ от 31 мая 2011 г. № 49.
4. Об установлении формы согласия пациента на сложное медицинское вмешательство: постановление МЗ РБ от 15.08.2021 г. № 36.
5. Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы : приказ МЗ РБ от 02.05.2012 г. № 483.
6. Об утверждении клинического протокола : постановление МЗ РБ от 23.08.2021 г. № 99.
7. Остановка сердца (взрослые пациенты): Клин. рекоменд. // Федеральный центр медицины катастроф. – URL: <https://fcmk.minzdrav.gov.ru/wp-content/uploads/2025/08/2614-5902-1-sm.pdf>.
8. Уголовный Кодекс Республики Беларусь: 09 июля 1999 г. № 276-3.
9. Barber v. Superior Court (People): Court opinion // Justia: legal portal. – URL: <https://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/3d/147/1006.html>.
10. BGH, VI ZR 13/18: Urteil des Bundesgerichtshof vom 02.04.2019. – URL: <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Art=en&Gericht=bgh&anz=1&nr=95016&pos=0>.
11. Cardiopulmonary resuscitation decisions. – URL: <https://www.gov.scot/publications/decisions-cardiopulmonary-resuscitation-integrated-adult-policy/pages/1/>.
12. Code of Medical Ethics // The American Medical Association. – URL: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/orders-not-attempt-resuscitation-dnar>.
13. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation. – URL: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/gps/gp-mythbusters/gp-mythbuster-105-do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation-dnacpr>.
14. Elaine Winspear v City Hospitals Sunderland NHS Foundation Trust. – URL: <https://vlex.co.uk/vid/elaine-winspear-personally-and-793205741>.
15. Für lebenserhaltende Maßnahmen: Patientenweisungen // Ethikkommission des Universitätsklinikums Mainz. URL: <https://www.unimedizin-mainz.de/ethikkomitee/patientenverfuegung.html>.
16. German Civil Code: 02.01.2002: zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.07.2025
17. GH, XII ZB 2/03: Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17.03.2003.– URL: <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Art=en&Gericht=bgh&anz=1&nr=25809&pos=0>.
18. G. BÄK Sterbebegl. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf.
19. Mental Capacity: Act UK of 01.11.2005
20. R (Tracey) v Cambridge University Hospital NHS Foundation Trust: Approved decision of the Royal Courts of Justice // Courts and Tribunals Judicia UK. – URL: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/JCO/Documents/Judgments/r-v-tracey.pdf>.
21. Sullivan. R. Hospital's data faulted in care of terminally ill // The New York Times. –1983. – 21 march. – P. 1.

22. The Influence of Hospital Policies on Clinicians' Decisions to Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment/ G. M. Piscitello, E. L. Wolwowitz, M. T. Huber et al. // Chest. – 2025.
23. Treatment and care towards the end of life: Guidance // General Medical Council UK.
24. US State Statutes Addressing Unilateral Clinician Decisions About Life-Sustaining Treatment/ G. M. Piscitello, M. T. Huber, L. Meyer, P. G. Lyons, W. F. Parker, E. S. DeMartino // JAMA Health Forum. – 2025. – Vol. 6, № 8.

REFUSAL OF CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) IN CASES OF CLINICAL FUTILITY: NORMATIVE FOUNDATIONS IN THE REPUBLIC OF BELARUS IN A COMPARATIVE LEGAL PERSPECTIVE OF FOREIGN COUNTRIES

Shabratka U. A.

Tutor: assistant Shmatova A. A.

Belarusian State Medical University, Minsk

Resume. A comparative analysis of the legal basis for withholding and withdrawing cardiopulmonary resuscitation was conducted in Belarus and selected foreign countries. Key differences in approaches were identified, based on which methods for improving legal regulation are proposed.

Keywords: resuscitation, legal grounds for refusal, unwarranted CPR, cardiopulmonary resuscitation, clinical futility.