

**ТРИАЖ ВЪВ ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯ: ЕТИЧЕСКИ ДИЛЕМИ ПРЕД ГРИЖАТА  
ЗА ИЗКЛЮЧИТЕЛНО НЕДОНОСЕНИ НОВОРОДЕНИ**

МАРГАРИТА ГАБРОВСКА

*Институт по философия и социология, Българска академия на науките*

*gabrovska.m@gmail.com*

**TRIAGE DURING A PANDEMIC: ETHICAL DILEMMAS IN THE CARE OF  
EXTREMELY PREMATURE INFANTS**

MARGARITA GABROVSKA

*Institute of Philosophy and Sociology, Bulgarian Academy of Sciences*

**Abstract**

The principles of equality and non-discrimination are enshrined in leading international and national documents governing human rights in various areas of life, including access to health care. At the same time, in the context of a pandemic situation, scarce resources and insufficient number of medical specialists, the need for protocols governing the provision of medical care and prioritization of patients is becoming a field of an active debate. This circumstance puts extremely premature infants in a situation of potential "competition" with SARS-CoV-2 patients, both for vital resources such as ventilators, and for the care of anaesthesiologists.

**Keywords:** medical triage, pandemic, premature infants, rationing.

**Въведение**

Пандемията, в която светът се намира повече от година, постави извънредни и устойчиви изисквания към обществата и към здравните системи на почти всички държави. Тези изисквания създадоха необходимост от идентифициране на механизми за разпределение и нормиране на оскъдни материални ресурси, както и на лечение и грижи, така че, в ситуация на недостиг, да бъдат използвани по-най справедлив начин.

На фона на препълнените интензивни отделения и недостатъчен брой специалисти по анестезиология, както и на апаратна вентилация, В САЩ бе констатирано, че над 25% от техниката за апаратна вентилация се намира в неонатологичните отделения, което издигна на дневен ред въпроси за преразпределението им за нуждите на отделенията, лекуващи пациенти със SARS-CoV-2 (Fernandes, Gardner, Paris, Cumming 2020). Бързо нарастващият дисбаланс между

*Ethical Studies (ISSN 2534-8434), Vol. 6 (1), 2021*

предлагането и търсенето на медицински ресурси в много страни постави нормативното питане: *Как могат медицинските ресурси да бъдат разпределени справедливо по време на пандемия и между кого трябва да бъде направен избор?*

Изключително недоносените новородени [1] са поставени в една особена ситуация на потенциално „конкуриране“ с пациентите, боледуващи от SARS-CoV-2, както за жизненоважни ресурси, каквито са вентилационните апарати и препаратът Сърфактант, предназначен за третиране на респираторна недостатъчност, така и за грижата на специалистите по анестезиология и реанимация (които имат ключова роля и в процедури като обезболяване, контрол на болката и грижи в края на живота при бебета). Екстремно недоносените са пациенти под интензивни грижи, които имат нужда, в голяма степен, от същите базови ресурси и медицински персонал, каквито и пациентите в интензивни отделения за възрастни.

Прагматичните съображения, демографията на болестта и недостигът на ресурси се превръщат в причина за повдигане на множество морални въпроси, отнасящи се до съхранението на човешкия живот и достойнство в контекста на неонатологичните и интензивни грижи, както и до необходимостта от актуален отговор на една динамично променяща се ситуация.

### **За предимството на младостта**

Особено интересен е въпросът за възрастта и приоритизирането на по-младия живот. Тъй като това обстоятелство изглежда гарантирано в законодателен аспект, би било ценно да разгледаме хипотезата за възможността твърде младият живот да бъде определен като по-малко ценен. Интуитивно, мнозина биха отсъдили, че в ситуация на спешност, именно най-крехките членове на обществото - децата, следва да бъдат закриляни и да се възползват от предимство при получаването на медицинска помощ - заради младостта и нереализирания си живот. Канадско анонимно проучване сред лекари и студенти по медицина от 2008 г. разкрива, че в ситуация на спешна нужда от реанимация на 8 пациента (в различна възраст и с различно здравословни състояние), преждевременно роденото бебе попада едва на седмо място в списъка, като с по-нисък приоритет от него е единствено пациент на 80-годишна възраст (Janvier, Barrington 2008).

Друго изследване достига до извода, че недоносените новородени са системно пренебрегвани, в сравнение с възрастни пациенти, намиращи се в същото или по-лошо здравословно състояние (Janvier, Leblanc, Barrington 2008). В статия, посветена на принципите за разпределение на оскъдни медицински ресурси, се отбелязва, че стриктното разпределяне на ресурси, при което с приоритет първо са най-младите, е неправилен подход (Persad et al. 2009).

Аргументите, около които е организирана тази теза, гласят, че отражението на смъртта на бебето върху околните, в сравнение със загубата на зрял индивид, би нанесла по-малко вреди, тъй като новороденото все още няма изградена история на взаимоотношения с околните, както и няма „какво да губи“.

Изложените примери идват да покажат, че предимството на младия живот може да попадне в опасност, ако появата му е толкова подранила, че заплашва разпознаването на ценността му. В период на здравна криза и оскъдни ресурси, можем да изкажем хипотезата, че преосмислянето на задължението към предоставяне на интензивни грижи на изключително недоносени новородени, е напълно въобразима ситуация, чиито етически аспекти следва да бъдат добре проучени.

### **Медицински триаж и етически проблеми пред рационарането**

Медицинският триаж предполага класифициране/ сортиране на пациентите според спешността на нужното медицинско внимание. В спешната медицина това е процес по разпределение на пациентите чрез определяне на медицински приоритет, свързан със степента на спешност и необходимото лечение.

Ранните системи за триаж се основават предимно на класифициране на травми, произхождащи от военни битки (смята се, че триажът се появява по времето на Наполеоновите битки). Предизвикателството за системите за триаж към днешна дата е да се разработят алгоритми, които могат да управляват пълния спектър от клинични прояви, а не само крайните състояния на балансиране м/у живота и смъртта (Robertson-Steel 2006).

Един основен елемент на медицинския триаж е рационарането, което се изразява в определяне на *достатъчните* грижи или медицински ресурси за даден пациент.

Критериите, на които се основава то, пораждат етическо напрежение по няколко основни точки, които следва да посочим.

Критерият за *честен/ равен достъп* създава предизвикателства по отношение на необходимостта от реакция в ситуация на недостигащи ресурси. Именно защото равният достъп не би могъл да се обезпечи, е необходимо създаването на алгоритъм и неизбежно приоритизиране на едни пациенти пред други, което крие риск от поява на дискриминация, породена именно от необходимостта от разделяне на пациентите на база определена категория без зачитане на индивидуалните качества.

*Приоритизирането* е критерият, от който се пораждат и най-сериозни затруднения при реализиране на намерението за изготвяне на триажен протокол в условия на недостатъчни ресурси. Критериите, служещи за основание на приоритизирането (напр. възраст, пол, социален статус/ заслуги, заболяване и др.) представляват форма на дискриминация, а въвеждането им в триажен протокол, я институционализират, с което се повдигат редица етически въпроси около съхраняването на човешкото достойнство и зачитане на правата.

Друг проблемен критерий се отнася до *изхода*, тъй като предполага стремеж към осигуряване на помощ, която непременно да води до положителен резултат (напр. приоритетно осигуряване на медицинска грижа за пациентите, при които има прогноза за по-висока преживяемост). В този контекст най-разпространени са утилитарните възгледи, стремящи се към положителен резултат за възможно повече хора - за тяхната проблематичност ще стане дума нататък в текста. В същото време, прогнозата при изключително недоносените новородени е силно обвързана с качеството и навременността на медицинската помощ, която ще получат. Ако вземем за пример прилагането на терапия с кислород - колкото по-дълго на едно недоносено новородено е прилагана такава, толкова повече се покачват шансовете му за пълноценно възстановяване и развитие. В този контекст често биват намесвани икономическите аргументи за стойността на подобно продължително лечение, както и несигурността в прогнозите за развитието на едно екстремно недоносено новородено, въпреки прилагането на пълен спектър от медицински грижи, в сравнение с прилагане на същата терапия при възрастни пациенти.

**За разпределителната справедливост в здравеопазването**

Утилитарният подход е най-популярният подход, използван в изграждането на триажни протоколи. Заложеният в тях стремеж е към максимално висок брой спасени животи по време на извънредни ситуации в областта на общественото здраве, посредством разпределение на животоспасяващи ресурси сред тези пациенти, които е най-вероятно да се възползват. Yale New Haven Health System представя триажен протокол, според който ресурсите, засягащи интензивните грижи, се разпределят сред пациентите, които: 1) се нуждаят от интензивни грижи, за да оцелеят, и 2) имат най-висок шанс да се възстановят и да бъдат изписани, както и да преживеят поне 1 година след изписването си (Tolchin et al. 2020). Утилитарните протоколи деприоритизират пациенти с остри заболявания или със съпътстващи такива, което понижава шансовете им да се възползват (и да оцелеят) в резултат на получаването на критично важни ресурси и грижи. В случая на екстремно недоносените новородени, наблюдаваме обща недоразвитост на органи и системи, интензивна необходимост от поддържане на живота с помощта на медицинска апаратура, и интензивни грижи, както и несигурна прогноза за бъдещото развитие - фактори, които потенциално биха изключили тази група пациенти от получаване на грижи и ресурси в рамките на подобен триажен протокол. Какви биха могли да бъдат алтернативите?

Разпределянето на ресурси и грижи на принципа „пръв по време, пръв по ред“ („first-come, first-served“) представя една от алтернативните възможности, стремяща се към неутралност. Този подход не оспорва ценността на човешкия живот, а му придава еднаква тежест, именно затова критерият за избор е времето, като се смята, че по този начин се избягва сравнението между пациентите и се осигурява равен достъп до грижи и ресурси. Критика, която бихме могли да отправим, засяга липсата на чувствителност към уязвимата социална и икономическа ситуация, в която се намират много нуждаещи се, което може да има решаваща роля в достатъчно бързото достигане до лечебното заведение. Друг значим проблем, произтичащ от този подход, е потенциалното причиняване на множество напълно предотвратими смърти, които биха били избегнати, ако решенията се взимат спрямо състоянието и прогнозите на пациента, вместо по реда на пристигане.

Друга алтернатива на традиционните утилитарни триажни протоколи, се основава на случайния подбор при избора на пациенти, на които да бъде оказана помощ. В този случай, намерението е да бъде намалена непропорционалността при разпределение на ресурси, като се игнорират фактори, асоциирани с възраст, социален статус, пол, придружаващи заболявания. Тези протоколи не вземат под внимание потенциалния успех от лечението и шансовете за възстановяване на пациента. В този смисъл, подобен подход създава съвсем същите проблеми, както и предходният - имаме не просто оскъдни ресурси, но и липса на гаранция за тяхното пълноценно използване, с други думи, вероятността да бъдат “прахосани” е значително по-голяма в сравнение с утилитарния подход. В допълнение, доколкото екстремно недоносените новородени са изключително малък процент от пациентите, то вероятността ресурсите да попаднат при тях, чрез използването на един лотариен принцип, е доста незначителна.

Последна алтернатива на утилитарния подход, която ще бъде разгледана в рамките на настоящия текст, се основава на приоритизирането на пациентите, чието състояние е най-тежко. Това би означавало разпределяне на ресурсите най-напред сред най-критичните пациенти или сред тези, представляващи маргинализирани групи, както и групи, които исторически са били пренебрегвани. В този подход виждаме стремеж към реализиране на възстановителна справедливост чрез проява на благосклонност към отделни индивиди и групи, определяни като най-онеправдани в социален, културен и икономически смисъл. Би било изкушаващо да се твърди, че, в исторически контекст, изключително недоносените бебета не са били приоритизирани за получаване на лечение или медицински ресурси, дори когато прогнозата им е еднакво добра или по-добра от тази на по-големите деца или възрастните. С този аргумент подходът ще даде предимство на тази група пациенти, при равни други условия. Но в настоящата пандемична ситуация има толкова много групи, които са били пренебрегвани в хода на историята, че изглежда проблематично да опитваме да дадем приоритет на една конкретна, използвайки този аргумент.

Нека обобщим някои от проблемите, асоциирани с триажните протоколи, независимо от подхода, на който се основават. Подобно универсализиране, каквото предлага всеки триажен протокол, би могло да бъде в помощ на цивилни граждани, оказали се в ситуация на морален избор, но не винаги на лица с експертно знание, каквито

са лекарите - тъй като тези предписания, навярно, често биха влизали в конфликт с лекарската преценка по случая. Прилагането на подобен алгоритъм създава впечатление, че не се взема предвид експертната и медицинското знание на здравните специалисти, лекуващи и грижещи се за пациентите. Лекарската професия е неизбежно свързана с изправяне пред трагични дилеми и разрешаване на морални проблеми чрез уповаване на собствената професионална преценка.

Изниква въпросът, в контекста на пандемията, до колко триажните протоколи биха могли да снемат тежестта на избора от специалистите и не биха ли предизвикали обратния ефект - на принуда от вземане на решения, основаващи се на универсални правила без оглед на индивидуалния случай и собствената (професионална) преценка?

Всеки от изброените подходи има своята ценност, в същото време, прилагани изолирано един от друг, пораждат значими морални проблеми. За справедливото разпределение е необходимо прилагането на подход, който взема под внимание различни ценности и може да бъде адаптиран в зависимост от съответния контекст. Това означава решенията да се оставят и в ръцете на специалистите, които се намират в съответната уникална ситуация. Изкушаващо е, след представянето на някои сериозни недостатъци на триажните протоколи, да заключим, че би било по-добре да оставим всички решения на експертната преценка на лекарите. В същото време, морално допустимо ли е те да бъдат оставени изцяло на себе си в ситуация на интензивен, понякога денонощен труд, в една извънредна ситуация? В ситуация на сериозно психическо изтощение и преумора, трябва да се съгласим, че човек не винаги е в състояние да взема необходимите решения, именно за тези ситуации би било подходящо наличието на допълнителна "опора", каквито могат да са обсъжданите предписания.

В условия на лавинообразна спешност, съчетана с недостиг на ресурси и възможности, би било наивно да смятаме, че можем да си осигурим един универсален алгоритъм, който удовлетворява всички страни. Тriage протоколи не обещават пълно удовлетворение - в тяхната същност е заложен изборът и приоритизирането, така че оскъдните ресурси да бъдат разпределени по начин, по който да спасят най-много нуждаещи се. Те организират ефикасността на действието на специалистите и неизменно пораждат не само положителни резултати, но и вреди/ загуби. Вътрешният бунт срещу подобни предписания би могъл да се корени именно в усещането за безпомощност, от

невъзможността да се помогне на всички. От друга страна, нуждата от подобен алгоритъм има своите актуални основания.

Триажният протокол следва обаче да бъде чувствителен към поставянето под общи условия на интензивните пациенти от неонатологичните звена и тези, от други интензивни отделения, тъй като основанията, довели до нужда от интензивни грижи при двете групи, са несъпоставими. Основният пропуск в дискусиите около медицинския триаж и разпределянето на ресурси между пациенти, нуждаещи се от интензивни грижи, който откриваме в случая недоносените новородени, е липсата на критичност към разликата между *състояние* и *заболяване*.

### **Заболяване vs. състояние**

В Международната класификация на болестите 10-а ревизия [2] „екстремна незрялост“ спада към разстройствата, свързани с продължителността на бременността и растежа на плода. В същото време, недоносеността, сама по себе си, не е заболяване, тя бележи състояние на плода, характеризиращо се с определена клинична картина (на незрялост). Състоянието на недоносеност бележи стадии от развитието на човешките същества, който, по стечение на обстоятелствата, се случва извън утробата на майката - можем да наречем самата бременност патологична, но не и непременно новороденото - “болно”. Поставянето на знак за равенство между недоносеност и болест е силно проблематично, доколкото първото не може да бъде противопоставено на „отсъствие на здраве“, а по-скоро представлява състояние - етап от процеса на развитие на човешките същества. Болестта, от своя страна, се отличава с определени стадии - латентен (скрит) стадий, продромален стадий (изява на първи симптоми), стадий на пълна клинична изява, завършващ стадий (той може да продължи до оздравяване, преминаване в патологично състояние или смърт).

Приоритизирането на боледуващите от SARS-CoV-2 за ползване на реанимационни специалисти и вентилация пред екстремно недоносени, недвусмислено означава обявяването на живота на една група за по-значим от този на друга. И дори това да бъде мислено като ситуационно решение, то би могло да предопредели отношението към тази група пациенти занапред. Обстоятелствата, довели до необходимостта от интензивни грижи при двете групи пациенти, са качествено различни и това би трябвало



да се вземе под особено внимание. Качеството на грижите за пациенти, намиращи се в процес на развитие (което е водеща причина да се намират в интензивно отделение), не би следвало да се влияе и оцелява от кризите във възможността за грижа за възрастни пациенти. В посочения случай става дума за изначална липса на равни стартови условия на живот. При екстремно недоносените деца, родени след едва 55-60% от развитието на бременността, интензивните грижи не са *превенция на фатална загуба на здраве* при човек с нормално изходно ниво на такова, а *изкуствено продължаване на бременността*, което довежда пациента до изходното ниво, което притежават всички други пациенти.

Друг проблем, произтичащ от липсата на чувствителност относно разликата между *заболяване* и *състояние*, възниква при необходимостта от изготвяне на повторна оценка, която служи за вземане на решение за продължаване или преустановяване на апаратната вентилация. Подобни клинични реценки се прилагат при остри респираторни вирусни заболявания при възрастни. Те обаче не биха могли да се използват при недоносени новородени, за да се вземе решение дали бебето се възползва от терапията. Недоносените могат да бъдат обдишвани чрез апаратна вентилация в продължение на седмици, като изследванията сочат, че колкото по-дълго едно бебе оцелее на апаратна вентилация, толкова по-високи шансове има за живот и пълноценно развитие. Ако състоянието на бебето е несъвместимо с живота, то, най-често, губи живота си в рамките на първите 72 часа (Dargaville et al. 2016; Doyle et al. 2017; Meadow et al. 2012). Финансовите измервания на грижата, в този смисъл, са несъпоставими, което води до невъзможност за формулиране на обективен критерий, на който да се основават решенията за пренасочване на ресурси с икономически аргументи.

В заключение, интензивните пациенти в неонатологичните звена се нуждаят от специална закрила, включително и по отношение на гарантирането на един почтен минимум на грижа, даващ възможност за подкрепа на развитието на живота в ситуация на пандемия.

### **В заключение**

Създаването на универсални правила за спешна реакция, съдържащи прецизни предписания, поражда амбивалентни реакции. Допълнителна трудност в обсъждането на подобни мерки е трагичната дилема, залегната в тях, която става най-видима именно през

прилагането им в практиката. Изпъква превесът на статистическото мислене, което не се интересува от частния случай, а от количеството спасени животи, тъй като се намира в ситуация на изгубена битка, което се потвърждава от необходимостта от избор между тези, които да бъдат спасени.

От друга страна, начинът, по който обществото интерпретира грижите на медицинската общност за изключително недоносени бебета по време на тази пандемия, би могло да има дълготрайни последици върху отношението към тази група пациенти занапред. Разполагайки с прецедент, приравняващ недоносеността с болестта, решен в полза на болестта, създаваме сериозна опасност от възпроизвеждане на това решение отново. Именно това поражда необходимостта (и дълга) към насочване на общественото внимание и повишаване на моралната чувствителност към институционализирането на практики, застрашаващи живота и достойнството на групи, намиращи се в уязвима ситуация.

## БЕЛЕЖКИ

[1] Изключително/екстремно недоносено новородено е всяко бебе, родено в/преди 28 г.с. от бременността

[2] Вж. МКБ-10: P05-P08 Разстройства, свързани с продължителността на бременността и растежа на плода; P07.2 Екстремна незрялост

## ЛИТЕРАТУРА

**Albersheim, S.** (2020). The Extremely Preterm Infant: Ethical Considerations in Life-and-Death Decision-Making. *Front Pediatr.*, 8: 55.

**Doyle, L. et al.** (2017). Ventilation in Extremely Preterm Infants and Respiratory Function at 8 Years. *N Engl J Med* 377: 329 – 337.

**Dupont-Thibodeau, A. et al.** (2014). End-of-life decisions for extremely low-gestational-age infants: why simple rules for complicated decisions should be avoided. *Semin Perinatol*, 38(1): 31 – 37.

**Glass, H. et al.** (2015). Outcomes for Extremely Premature Infants. *Anesth Analg.* 120(6): 1337–1351.

**Haward, M. et al.** (2020). Should Extremely Premature Babies Get Ventilators During the COVID-19 Crisis? *Am J Bioeth*, 20(7): 37 – 43.

**Janvier, A., Leblanc, I., Barrington, K.J.** (2008). Nobody likes premies: the relative value of patients' lives. *Journal of Perinatology* vol. 28, 821–826.

**Meadow, W. et al.** (2012). The Mathematics of Morality for Neonatal Resuscitation. *Clin Perinatol.* 39(4): 941–956.

**Persad, G. et al.** (2009). Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet* vol. 373/ 9661: 353 – 432.

**Robert, R. et al.** (2020). Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*, vol. 10.

**Robertson-Steel, I.** (2006). Evolution of triage systems. *Emerg Med J.* 23(2): 154–155.

**Tolchin, B. et al.** (2020). Developing a Triage Protocol for the COVID-19 Pandemic: Allocating Scarce Medical Resources in a Public Health Emergency. *The Journal of clinical ethics* 31(4): 303 – 317.