

Этика реанимации

ВВЕДЕНИЕ

Этика – это область философии, ставящая вопрос: «Что является правильным?». Медицинская этика – это не только теория, но и нормы морали и поведения, которые требуют от врача высочайшего уровня профессиональной честности и социальной ответственности. Этический кодекс Американской медицинской ассоциации начинается словами: «Врач должен посвятить себя оказанию компетентной медицинской помощи с сочувствием к больному и уважением к его человеческому достоинству». Врач неотложной медицинской помощи также обязан следовать в своем поведении высочайшим нормам морали, защищая и сохраняя жизнь людей, предупреждая их инвалидность и облегчая страдания. Врач должен выступать в роли защитника больного, обеспечивая проведение лечения, максимально отвечающего интересам последнего.

Несмотря на искреннее желание жить и работать в соответствии с этими достойными всяческих похвал этическими нормами, врач неотложной медицинской помощи при решении вопросов лечения больного часто сталкивается с дилеммой, где весьма нелегко определить, что же является «правильным». Юристы и законодатели разработали множество законов и правил, касающихся согласия больного на лечение, его конфиденциальности, заключения контрактов, определив при этом ответственность сторон. Однако в случае неотложной помощи возникают уникальные этические проблемы, связанные с реанимацией, волеизъявлением больных и их сортировкой. Это объясняется тем, что в системе неотложной медицинской помощи пациенты иногда отказываются от нее или испытывают сильные страдания.

РЕАНИМАЦИЯ

Ничто иное не вызывает у врачей отделения неотложной помощи (ОНП) столько эмоционального смятения, как вид умирающего больного. Раньше смерть считалась естественным финалом тяжелой болезни. Сейчас врачи стремятся предугадать момент ее наступления и предотвратить его, применяя множество инвазивных, иногда агрессивных методов. Принимая решение об их использовании, врач руководствуется медицинскими показаниями и противопоказаниями, однако ввиду множества возможных исходов реанимации такое решение не всегда является его прерогативой. Часто профессиональный долг врача, призванного сохранить жизнь пациенту, вступает в конфликт с его обязанностью облегчить его страдания и предотвратить инвалидность.

Врач ОНП при отсутствии «заблаговременного распоряжения» (см. ниже) должен незамедлительно приступить к проведению сердечно-легочной реанимации и интенсивных жизнеподдерживающих процедур у пациентов с внезапной остановкой сердца либо другими неотложными состояниями.

Персонал ОНП не должен воздерживаться от проведения реанимации по причине возраста пациента, стоимости лечения и ухода, наличия у больного умственной или физической неполноценности или ввиду особых обстоятельств происшедшего. Однако восстановление сердечной деятельности и дыхания может быть этически неоправданно либо прекращено в случае необратимого угасания сердечной функции, смерти мозга, неизбежности быстрого летального исхода либо отказа пациента от реанимации.

Констатация смерти

В восстановлении сердечной деятельности и дыхания нет необходимости, если пациент «мертв». Трудность заключается в том, чтобы отличить это состояние от обратимой «остановки сердца». Правда, при наличии трупных пятен или трупного окоченения, как и в случае декапитации либо разложения тканей сомнений не возникает. Акт об универсальном установлении смерти, принятый в 1981 году Американской медицинской ассоциацией и Американской ассоциацией Бара, гласит: «Индивид, у которого отмечено либо (1) необратимое прекращение сердечной и дыхательной деятельности, либо (2) необратимое прекращение функции всего головного мозга, включая его стволовую часть, является мертвым».

Первая альтернатива может использоваться, если пациент не реагирует на профессиональные попытки реанимации в соответствии с положениями, установленными в 1985 году Национальной конференцией по стандартам и правилам сердечно-легочной реанимации и неотложной помощи при сердечных заболеваниях. Спрогнозировать необратимость прекращения важнейших функций организма, не предприняв реанимационных усилий, зачастую невозможно, поэтому многие пациенты доставляются в ОНП для проведения соответствующих реанимационных мероприятий. Если выездная бригада неотложной медицинской помощи располагает необходимым реанимационным оборудованием, то смерть можно констатировать и в полевых условиях после соответствующих попыток восстановления жизнедеятельности непосредственно на месте происшествия.

Вторая альтернатива – смерть мозга – не столь легко применима, как первая. Хотя в установленных правилах и положениях смерть мозга трактуется по-разному, в большинстве случаев они требуют проведения серийного обследования на протяжении многих часов с исключением присутствия определенных препаратов и гипотермии. Это просто сложившаяся медицинская практика, но следовать предложенным критериям в условиях ОНП нелегко. В результате правилом остается агрессивная реанимация пациентов с явно тяжелой черепно-мозговой травмой или генерализованным ишемическим поражением мозга.

Неизбежная смерть

Восстановление сердечной деятельности и дыхания не показано, если прогнозируется наступление смерти пациента в ближайшие дни вследствие необратимого и неизбежно летального патологического процесса. Принятие такого решения требует исчерпывающей медицинской информации. Чтобы иметь этическое право отменить реанимацию, врач должен очень хорошо знать предшествующее состояние больного. В случае оказания неотложной помощи реанимация проводится до тех пор, пока диагноз и прогноз не оставят никаких сомнений.

ВОЛЕИЗЪЯВЛЕНИЕ БОЛЬНОГО

Врачи все чаще сталкиваются с просьбами больных о «достойной смерти» и отказами от рискованных лечебных мероприятий. Основа отношений врача с пациентом – согласие последнего на лечение. Компетентные больные в праве от него отказаться. Однако в системе неотложной медицинской помощи часто приходится сталкиваться с ситуациями, когда больной некомпетентен или его компетентность сомнительна, а распоряжения – неопределенны, члены семьи не высказывают своего мнения либо отсутствуют или же принятое решение изменяется в самый неподходящий для этого момент. В отсутствие четких свидетельств компетентного отказа пациента следует проводить агрессивную реанимацию.

Заблаговременные распоряжения

Концепция «заблаговременного распоряжения» была впервые предложена в Миннеаполисе в виде строго определенного и оформленного договора, учитывающего интересы как больного, так и персонала ОНП. Использование подобных распоряжений для ОНП, в которых оговариваются условия лечения пациентов с тяжелой инвалидностью или неизлечимой болезнью в последней стадии, быстро распространилось по всей стране. Такие распоряжения могут иметь форму приказов врачей, завещаний больного «на случай выживания» или указаний третьих лиц (опекуны, патронажные работники, юристы). Когда при пациенте находится такое распоряжение, выездная реанимационная бригада при получении по радио согласия своего руководства имеет моральное право отказаться от агрессивных лечебных мероприятий. В заблаговременных распоряжениях в форме приказа врачей обычно используется следующая терминология: «не реанимировать» (НР); «не интубировать» (НИ); «уход в хосписе»; «ограниченный план лечения». Президентская комиссия по изучению этических проблем медицины определяет (1983 г.) НР или «некодовые» приказы так: «В случае острой остановки сердца или дыхания не предпринимать попыток восстановления сердечной деятельности и дыхания». Это не обязательно подразумевает ситуацию неизбежной смерти или отказ от всякой медицинской помощи. До остановки сердца или дыхания пациенту может быть обеспечено проведение других лечебных мероприятий. Значительно большие ограничения накладываются такими указаниями, как «уход в хосписе» и «ограниченный план лечения», которые разрешают отказ от определенных процедур. Пациенты с подобными указаниями встречаются исключительно редко и требуют тщательнейшего изучения в критические моменты. Оценка и диагностическая проработка какого-либо нового осложнения могут быть оправданы. Естественно, такие больные нуждаются в дальнейшей медицинской помощи и сестринском уходе, ибо, как писал Jonsen, «лечение – временами, облегчение – иногда, комфорт – всегда».

Завещания «на случай выживания» и законы, регламентирующие принятие решений за некомпетентных пациентов, обеспечивают механизмы, позволяющие человеку определить характер своего лечения или поручить это третьему лицу еще до наступления специфического патологического состояния. Врачи ОНП должны хорошо знать соответствующие законы того штата, где они работают. Любое заблаговременное распоряжение должно быть сделано до события, требующего неотложной помощи, а необходимые обоснования, консультации и документы обязан предоставить лече-

щий врач больного. По очевидным причинам эти распоряжения следует как можно чаще пересматривать.

Врач ОНП обязан проводить агрессивную реанимацию в случае суицидальной попытки, а также сдерживать и лечить тех, кто представляет неизбежную опасность для себя и окружающих, даже против их воли. Это в первую очередь относится к некомпетентным, интоксцированным или психически неполноценным пациентам.

СОТИРОВКА

В системе неотложной медицинской помощи долгое время существует необходимость в сортировке пациентов. Однако сейчас перед врачом, принимающим решение о проведении лечебных мероприятий, возникают новые проблемы, прежде всего финансовые. Медицинские учреждения могут требовать от него ограничения помощи жизненно необходимым минимумом. Положение этого врача уникально в том смысле, что он должен обследовать всех поступающих в ОНП пациентов, но не обязан лечить тех из них, чье состояние не является критическим. Иногда он вынужден ограничивать оказываемую помощь (сортировать больных), если на всех не хватает наличных ресурсов, но ни в коем случае не должен руководствоваться при этом субъективными аргументами, к примеру, «расходы для общества» на лечение либо «ценность для общества» того или иного больного.

Ограничение медицинской помощи по финансовым соображениям должно быть закреплено специальными решениями на государственном уровне с разработкой соответствующих инструкций, включающих конкретные критерии, которые должны применяться ко всем без исключения. Совет Американской медицинской ассоциации по этическим и юридическим вопросам постановил: «Организованный медицинский персонал обязан избегать проведения дорогостоящих процедур и лечения, выходящего за рамки необходимого, которые могут ввести больницу в неоправданные расходы. В той ситуации, когда экономические интересы больницы входят в противоречие с состоянием пациента, приоритет отдается состоянию пациента».

По финансовым же соображениям врач ОНП не должен направлять нестабильных пациентов в другие лечебные учреждения, если их транспортировка приведет к ухудшению их состояния.

РЕЗЮМЕ

При принятии решения о проведении реанимации врач ОНП нередко оказывается перед сложной этической дилеммой. Агрессивные лечебные мероприятия осуществляются до тех пор, пока не будет установлена клиническая смерть больного либо смерть мозга или пока не появятся убедительные свидетельства бесполезности дальнейших реанимационных усилий. Медицинское вмешательство может быть отменено при наличии в данном округе соответствующим образом оформленных заблаговременных распоряжений, устанавливающих отношения между пациентом и системой неотложной помощи в интересах обеих сторон.

Врач ОНП часто обязан сортировать пациентов, стремясь к наиболее эффективному использованию наличных ресурсов. Такое ограничение медицинской помощи этически оправдано, если средств для ее оказания в данный момент недостаточно. Сортировка по любым другим соображениям остается на ответственности врача. На государственном уровне воз-

можно определенной заинтересованность в сортировке (по причинам финансового порядка), однако любые инструкции такого характера должны предусматривать исключение какой-либо дискриминации и защиту интересов некомпетентных пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. AMA, Council on Ethical and Judicial Affairs (1986) Recent opinions of the council on ethical and judicial affairs. *JAMA*, vol. 256, p. 2241.
2. *The President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research* (1983) Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 222 p.
3. Jonsen A., Seigler M., Winslade W. (1982) *Clinical Ethics*. New York, Macmillan, 204 p.
4. Miles S. H., Crimmins T. J. (1985) Orders to limit emergency treatment for an ambulance service in a large metropolitan area. *JAMA*, vol. 254, pp. 525–527.
5. Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). Part VIII: Medicolegal consideration and recommendations (1986) *JAMA*, vol. 255, pp. 2979–2984.

Джерело: Неотложная медицинская помощь / пер. с англ. ; под ред. Дж. Э. Тинтинали, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. – М. : Медицина, 2001. – 1016 с. : ил. – ISBN 5-225-00557-8, ISBN 0-07-001457-4.