

## ДИХОТОМИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ

**Д. А. Шипунов**

*доктор медицинских наук, профессор, главный врач МБУЗ «Городская больница № 3», г. Волжский, shipunoff@mail.ru*

**Н. Л. Мальцева**

*доктор философских наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета, nanised@mail.ru*

**А. А. Шестаков**

*врач акушер-гинеколог МБУЗ «Родильный дом № 2», г. Ростов-на-Дону, shestakov\_med@mail.ru*

В статье рассматривается клинический случай реанимации и выхаживания недоношенного младенца, страдающего несколькими тяжелыми заболеваниями. Авторы показывают аргументы врачей, матери ребенка, дают им правовую и этическую оценку. Главным выводом статьи является констатация абсолютной ценности жизни по сравнению с другими человеческими ценностями. Ставится вопрос о том, морально ли сохранять жизнь, продлевая страдания. Отмечается роль этических комитетов в разрешении конфликтных ситуаций между врачом и пациентом или его представителем. Авторы констатируют различие в возможностях лечения и выхаживания ребенка в полной и неполной семье, признают необходимость привлечения врачей акушеров-гинекологов к решению сложных вопросов в неонатологии.

**Ключевые слова:** недоношенный ребенок, искусственная вентиляция легких, интенсивная терапия, жизнь как ценность, страдание, клиническое решение, моральная максима.

## THE DICHOTOMY BETWEEN CLINICAL AND ETHICAL DECISIONS IN MEDICINE

**D. A. Shipunov**

*D. Sc. (Medicine), Professor, Chief Physician of the «City hospital № 3», Volzhsky, shipunoff@mail.ru*

**N. L. Maltseva**

*D. Sc. (Philosophy), professor of Department of philosophy, bioethics and law with a course of medicine sociology of the Volgograd State Medical University, nanised@mail.ru*

**A. A. Shestakov**

*Obstetrician-gynecologist of the «Maternity hospital № 2», Rostov-on-Don, shestakov\_med@mail.ru*

The article describes clinical case of intensive care and nursing of premature babies suffering from several serious diseases. The authors show the arguments of doctors, the mother of the child, give them legal and ethical evaluation. The main conclusion of the article is the statement of the absolute values of life compared to other human values. The question is, is it moral to preserve life, prolonging suffering? The authors pay attention to role of ethical committees in resolving conflicts between doctor and patient or his representative. The authors note the difference in the capabilities of the treatment and nursing of a child in full-time and part family, recognize the need to attract doctors – obstetrician-gynecologists to solving complex issues in neonatology.

**Key words:** premature infant, mechanical ventilation, intensive care, life as a value, the suffering, the clinical decision, a moral Maxim.

**Случай.** Малышка Д. родилась недоношенной после 27 недель гестации. Она весила всего 1,1 кг. За свою недолгую жизнь она страдала сразу несколькими мучительными недугами. Она не дышала при рождении и практически сразу была помещена на искусственную вентиляцию легких. Ей вводились внутривенно антибиотики для борьбы с инфекцией. Пульс ребенка был слабым, первые десять дней его жизнь была в опасности. Но врачи предпринимали все возможные действия для ее сохранения. Ребенок дожил до 3-х месяцев. За это время ему дважды проводили вентиляцию легких, в общей сложности он находился на аппарате ИВЛ шесть недель. У девочки был серьезно поврежден мозг в результате кислородного голодания и нарушения кровообращения в родах. Повреждение мозга носит необратимый характер, поскольку связа-

но с незамещаемой утратой мозговой ткани. Девочка уже никогда не сможет держать головку в вертикальном положении и сидеть. Кроме того, отмечено сильное падение зрения и слуха. Ребенок, возможно, будет реагировать на окружающее, издавать определенные звуки, но никогда не будет говорить. Маловероятно, что он будет интеллектуально как-то развиваться. Возможно, он сможет достичь стадии, на которой дети улыбаются или плачут, но не более того. Жизнь этой девочки не будет долгой, поскольку с подобными поражениями мозга дети живут максимум до позднего подросткового возраста, но эта девочка, по всей вероятности, не может рассчитывать даже на такой срок. Можно сказать, что девочка не больна смертельно, ее жизнь вне опасности, в определенном смысле, благодаря усилиям врачей, ее состояние улучшилось.

Она стабильна и дышит самостоятельно. Но это улучшение является весьма хрупким, и кризис может наступить в любое время.

Врачебный консилиум признал нецелесообразным вновь применять ИВЛ и интенсивную терапию, если такая необходимость возникнет. Правда, в этом вопросе мнения разделились – один из коллег считал, что краткая вентиляция легких будет уместна. Остальные считали, что она ничего не даст.

Принять решение можно только с согласия матери ребенка. Здесь следует сказать, что девочка рождена ею вне брака, поэтому следует учесть все особенности неполной семьи в обеспечении здоровья ребенка. Кроме того, после родов мать находилась в состоянии депрессии и предоставила врачам полную свободу действий в лечении и уходе за новорожденной. Это подтверждено подписанным ею информированным согласием. Но на момент проведения консилиума мама девочки находится в нормальном психофизическом состоянии, хотя испытывает чувство глубокой вины перед ребенком в связи с его состоянием. Она изменяет свое согласие и требует, чтобы врачи во что бы то ни стало спасли ребенка. Наблюдающий ее врач акушер-гинеколог предполагает, что она пыталась избавиться от ребенка на ранней стадии беременности и теперь считает это причиной болезни дочери. Но подтвердить свое мнение доказательно он не может.

Консилиум врачей принял решение о неиспользовании ИВЛ и средств интенсивной терапии в случае ухудшения состояния ребенка, а использовать паллиативные методы. Но не является ли такое решение вариантом пассивной эвтаназии?

**Комментарий.** Оценка данной ситуации может быть дана в трех аспектах.

1. Неонатальный. При решении вопроса о применении методов интенсивной терапии и ИВЛ в случае ухудшения состояния ребенка логично обратиться к существующим нормативам. Но, к сожалению, исчерпывающего документа по этому вопросу не существует. В Методическом письме МЗ и СР РФ от 21.04.2010 № 15-4/10/2-3204 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» [2] ничего не говорится о перспективах применения этих методов в случае последующего ухудшения здоровья младенца. Нет никаких указаний по этому поводу и в Методическом письме «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении». Некоторые рекомендации дает В. Л. Кассиль в своей работе «Искусственная вентиляция легких в интенсивной терапии»: «Неоправданное продление искусственного дыхания ничего, кроме вреда, принести не может. Однако решить вопрос о своевременности прекращения ИВЛ, особенно длительной, не всегда просто». И далее: «Прекращение ИВЛ – сложный процесс, требующий от врача и среднего медперсонала терпения и исключительного внимания к больному. Мы считаем необходимым напомнить об этом, потому что к моменту прекращения ИВЛ состояние больного значительно улучшается по сравнению с моментом начала ИВЛ. Легко может возникнуть неоправданная уверенность в том, что ничего не случится. Однако это так: ухудшение в период прекращения ИВЛ может свести на нет многодневные усилия

всего коллектива и вызвать ряд опасных для жизни больного осложнений» [3]. Если применить это к рассматриваемому случаю, то следует подумать не о применении ИВЛ, а о том, что будет с ребенком при последующем отключении системы. Реальная опасность еще большего ухудшения состояния делает применение указанного метода снова и снова бесперспективным и даже жестоким.

Нельзя не согласиться также и с мнением тех, кто считает, что «в случае неопределенного прогноза, включая неопределенный гестационный возраст, реанимация включает в себя пробную терапию и отказ от начала или продолжения реанимации новорожденного. В таких случаях начало реанимации не подразумевает длительной поддержки новорожденного» [5]. Учитывая сказанное, можно признать решение консилиума клинически оправданным и не нарушающим какие-то юридические нормы.

2. Акушерско-гинекологический. Неопределенность в отношении к происходящему матери ребенка связана, как следует из приведенного случая, со сложностями в период беременности, которые акушер-гинеколог отмечает, но не может доказательно утверждать, что патология младенца связана с какими-то определенными событиями в период его вынашивания. И здесь возникает вопрос о том, насколько тщательным и правильным было ведение пациентки в период беременности. Кроме того, здоровье матери может рассматриваться как фактор, влияющий на принятие ею решения о продолжении реанимационных мероприятий ребенку в случае ухудшения его состояния. Следовательно, акушер-гинеколог должен участвовать в работе консилиума, а это происходит в подобных случаях весьма редко. Но можно утверждать. Что его моральная обязанность – известить неонатологов и педиатров об обстоятельствах беременности и родов лично. История болезни не может быть источником моральных оценок, поэтому персональная коммуникация врачей различных профилей является актуальной необходимостью.

3. Социально-психологический. При принятии решения следует учитывать обстоятельства жизни матери и ребенка. Ситуация неполной семьи не предполагает требуемого ухода и лечения, хотя в некоторых случаях такое возможно [1]. Но в отношении данной пациентки надо учитывать ее состояние здоровья, материальную обеспеченность и психологическую травму, которую она перенесла. Можно ли доверять женщине в таком состоянии решение судьбы младенца? С юридической точки зрения, она не может принимать решение только в одном случае – если будет признана недееспособной. Здесь же дееспособность подтверждена, хотя поведение носит непоследовательный характер. Действительно ли ее заботит судьба ребенка или она принимает решение, исходя из чувства вины перед ним? Действительно ли она принимала меры для прерывания беременности? Действительно ли это сказало на здоровье плода? Ответы на эти вопросы вряд ли можно получить, поэтому в отношениях с матерью врачам следует руководствоваться сугубо этическими соображениями. Какими?

Моральный смысл проблемы состоит в том, что если мать настаивает на продолжении реанимационных мероприятий, их нужно продолжать.