

Есть ли предел реанимационному пособию?

“...можно ли вернуть к жизни усопшую душу...”?

Б.Р. Гельфанд, Д.Н. Проценко

Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова



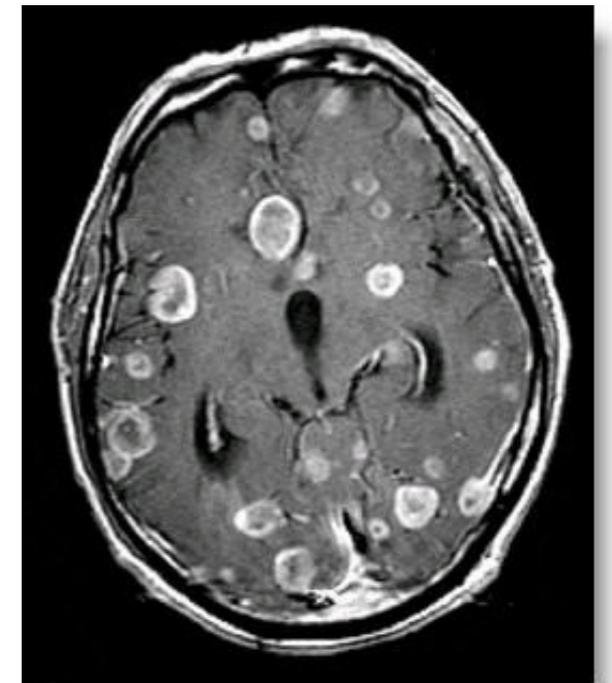
Летальность в ОРИТ ДЗМ г. Москвы

В 2014г. в отделениях реанимации и
интенсивной терапии для взрослого населения
умерло **33800 больных**

Общая летальность **11,7%**

Клиническое наблюдение

- Больной N., 69 лет
- Диагноз при поступлении: “ТЭЛА”
- ЧДД 30 в мин., SpO2 80%
- КТ ⇒ периферический рак легкого с метастазами в средостение, головной мозг и печень
- O2 через носовую канюлю ⇒ SpO2 90%



Мертвым быть - ничуть не
страшно, умирать - куда страшней

Эпихарм (Επίχαρμος)

древнегреческий философ, 486 г до н.э.

Окончание жизни...

“...тема эта редко
обсуждается в
литературе, в том числе
медицинской.”



Венецианская декларация о терминальном состоянии

1. В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами

2. Исключения из приведенного выше принципа (п. 1) не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств

3. Исключениями из приведенного выше принципа (п. 1), не считаются следующие случаи:

3.1. Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания - по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца. Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания.

3.2. Врач должен воздерживаться от применения нестандартных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному.

3.3. Врач может искусственно поддерживать жизненные функции умершего с целью сохранения органов для трансплантации, при условии, что законы страны не запрещают этого, есть согласие, данное до наступления терминального состояния самим больным, либо, после констатации факта смерти, его законным представителем и смерть констатирована врачом, прямо не связанным ни с лечением умершего, ни с лечением потенциального реципиента. Врачи, оказывающие помощь умирающему не должны зависеть ни от потенциального реципиента, ни от лечащих его врачей

Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания - по просьбе его родственников
“End of life decision”

“Неудобный” вопрос:

- С медицинской точки зрения
- С этической точки зрения
- С юридической точки зрения



Медицинская точка зрения

- Медицина основанная на доказательствах
- Понимание ограниченности наших возможностей
- Объективная оценка тяжести и прогноза
- Тщетность лечения (futility)
- Этическая проблема обсуждения с родственниками

Медицинская точка зрения

Стресс медсестер ОРИТ

1. Продолжение ИТ у неизлечимых больных, когда никто не "хочет" принимать решение о комфортной терапии умирающему больному
2. По настоянию родственников продолжение ИТ, даже если это не в интересах больного
3. Перевод больного в ОРИТ в условиях, когда это решение только продлит процесс умирания
4. Выполнение назначений врачей и ненужных лабораторных тестов для терминальных больных

Медицинская точка зрения

Комфортная (паллиативная) терапия умирающим больным

1. Пока больной не стал безнадежным он должен получать радикальное лечение
2. Любой радикальный метод применяется только после информированного согласия
3. Прекращение радикальной терапии требует согласования с больным или его родственниками

Паллиативная терапия

- Ограничение любых инвазивных методов лечения
- Сокращение диагностических исследований
- Прекращение инфузии, включая ПП
- Адекватная аналгезия
- Адекватное питание (в т.ч. зондовое)
- Психологический комфорт (родственники, психолог, специалист по паллиативной терапии)

Решение о переходе на паллиативную терапию должен принять больной или его законные представители после разъяснений врача

Этическая точка зрения

Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий

- Уровень развития медицинских технологий по поддержанию жизни человека, находящегося в терминальном состоянии
- Право человека на достойную смерть
- Концепция качества жизни, в основе которой лежат утилитаристские идеи
- Концепция самоценности жизни

Этическая точка зрения

Право на достойную смерть

Предполагает нравственную заботу об автономии и достоинстве умирающего, прежде всего со стороны медицинских работников, которые должны дать больному правдивую информацию о диагнозе его болезни, о лечебных процедурах и доводах за и против них, чтобы пациент сам смог сделать выбор

Этическая точка зрения

Утилитаристская концепция

- Поддержание жизни неизлечимо больных людей или интенсивное лечение, в результате которого человек все равно не будет жить полноценной жизнью требует все больших материальных затрат (лекарства, аппаратура, труд врачей)
- Эти средства можно потратить на восстановление здоровья значительному количеству людей, которые имеют меньшие проблемы со здоровьем и смогут жить полноценной жизнью

Этическая точка зрения

Концепция самоценности жизни

- Жизнь является безусловной, высшей ценностью
- К ней неприменимы критерии полезности, затратности, целесообразности и пр.
- Ценность жизни в том, что она есть, даже при неполноценной в каком-то отношении

Юридические
(пробелы) аспекты

Опубликовано 23 ноября 2011 г.

Вступает в силу: 22 ноября 2011 г.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года

Одобен Советом Федерации 9 ноября 2011 года

Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. N 950

"Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека"

Форма протокола установления смерти человека
Протокол установления смерти человека

Я, _____,
(Ф.И.О.)

_____ (должность, место работы)

констатирую смерть _____
(Ф.И.О. или не установлено)

дата рождения _____
(число, месяц, год или не установлено)

пол _____

_____ (при наличии документов умершего сведения из них)

_____ (номер и серия паспорта, номер служебного удостоверения, номер истории болезни (родов), номер и серия свидетельства о рождении ребенка), а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи, номер карты вызова скорой медицинской помощи, _____

_____ (номер протокола органов дознания и др.)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):

- констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;
- отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):

- наличия признаков биологической смерти;
- состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____
(день, месяц, год)

Время _____

Подпись _____ Ф.И.О. _____

“Неизлечимые последствия острой травмы, несовместимые с жизнью”

Какие?

Отсутствие регламентирующих документов

“Прогрессирование” достоверно установленных неизлечимых заболеваний”

Каких?

Отсутствие регламентирующих документов

Разная материально-техническая база клиник

Необходим не только перечень состояний\заболеваний, но и критерии их
установления и процедура такового

Клинический пример

- Пациентка 32 лет с недостаточностью АК 4+, ДКМП, АВ-блокада, ХСН НК 2в... Вернулась из одного федерального центра с заключением, что дальнейшее оперативное лечение невозможно. т.е. формально, если бы она попала в реанимацию её можно было бы не реанимировать
- С помощью коллег из Москвы организована успешная трансплантация сердца

Вопросы:

- Кто принимает решение об инкурабельности?
- Есть ли уверенность в том, что специалисты даже на областном (республиканском) уровне владеют информацией обо всех возможных методах лечения?
- Ограничиваемся ли мы в принятии решений возможностями отечественной медицины?

Юридические пробелы

Статья 19. Право на медицинскую помощь

5. Пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Статья 45. Запрет эвтанази

Медицинским работникам запрещается осуществление эвтанази, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

Юридические пробелы

- В законе уже закреплена возможность “пассивной эвтаназии” в виде непроведения реанимации при состоянии клинической смерти на фоне неизлечимых заболеваний
- Если закон устанавливает некоторые допустимые исключения, необходимо четко установить критерии для этих случаев



Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS)

ACN 057 619 986

**ANZICS Statement on
Care and Decision-Making at the End of Life
for the Critically Ill**

Edition 1.0

2014

**Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit:
The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine**

Robert D. Truog, MD; Alexandra F. M. Cist, MD; Sharon E. Brackett, RN, BSN; Jeffrey P. Burns, MD; Martha A. Q. Curley, RN, PhD, CCNS, FAAN; Marion Danis, MD; Michael A. DeVita, MD; Stanley H. Rosenbaum, MD; David M. Rothenberg, MD; Charles L. Sprung, MD; Sally A. Webb, MD; Ginger S. Wlody, RN, EdD, FCCM; William E. Hurford, MD

Вместо заключения

РАСХИ/МНОАР/ФАР:

подготавливают в Минздрав письмо с конкретными практическими примерами и предложениями внесения в законодательство соответствующих изменений, что позволит урегулировать безопасность и легитимность действий врача в конкретных случаях терминальных состояний

...Ты должен лечить и не должен убивать, но не
пытайся вернуть к жизни усопшую душу.....

Пиндар , IV век до н.э.