



Предписание «не реанимировать» И СВЯЗАННЫЕ С НИМ ДИЛЕММЫ

Майкл Уэбб-Пеплоу

На больничной койке пожилая, тяжелобольная женщина. Рядом с ней врачи, медсёстры, родные и друзья. Рано или поздно, им придётся ответить на вопрос: если у неё остановится сердце, и она перестанет дышать, следует ли проводить сердечно-лёгочную реанимацию? При принятии решения об отказе от реанимации, тем, от кого оно зависит, следует помнить о достоинстве и ценности любой человеческой жизни и основывать свои выводы на фактической вероятности выживания, а не на доводах о «полноценности» или «неполноценности» жизни пациента.

«Предписание „Не реанимировать“¹ может обсуждаться только после разговора с пациентом или его близкими, причём всех их следует регулярно переспрашивать об их решении». Такого мнения придерживаются Британская медицинская ассоциация, Британский совет по реанимации и Королевский медицинский колледж. Их голос создаёт резкий контраст с традиционной практикой, когда врачи сами решали, следует реанимировать больного или нет, не советуясь ни с ним, ни с его родными. Сейчас такая практика считается совершенно безнравственной.

Несмотря на эту видимую переменную, *Age Concern England*, английская благотворительная организация, работающая с пожилыми людьми и защищающая их интересы, опубликовала отчёт, из которого следует, что врачи регулярно вписывают в истории болезни

пожилых пациентов предписание «Не реанимировать», не советуясь при этом ни с самими больными, ни с их родственниками². В отчёте о независимом расследовании одного из таких случаев говорилось: «Было очевидно, что предложенное лечение... было способно лишь растянуть угасание жизни пациента»³.

В связи с этим возникает два вопроса. Первый касается недостатка коммуникации между медперсоналом и другими участниками ситуации, а второй — качества лечения, предоставляемого человеку после того, как он принял решение отказаться от реанимации. Складывается впечатление, что иногда вместо того, чтобы прийти к выводу о тщетности лечения, врачи делают вывод о тщетности жизни своих пациентов.

Нам надо выяснить, что думают о реанимации как больные, так и медики, чтобы помочь и тем, и другим реально понять точки зрения друг друга, а также для того, чтобы найти адекватные способы лечения и ухода за больными, каким бы ни было состояние их здоровья.

Тревога и ожидания

Сейчас население испытывает к медикам всё возрастающее недоверие. Отчасти это происходит потому, что врачи не всегда выслушивают мнение больных, прежде чем принять решение. Например, недавнее исследование показывает, что в США только 29 % проживающих в домах престарелых беседовали с врачом или работником дома о том, хотят ли они, чтобы их подключали к оборудованию для поддержания жизнедеятельности. Несмотря на это, у 74 % из них в истории болезни стояло «Не реанимировать»⁴.

Но недостаток коммуникации чувствуется не только между врачом и пациентом, но и между пациентом и его опекунами или теми, кто за ним ухаживает. Только половина из тех, кто беседовал о возможном отказе от реанимации со своим врачом, говорили об этом со своими родными и друзьями.

Ещё одно исследование проводилось среди людей, страдающих серьёзными сердечными заболеваниями⁵. Его авторы обнаружили, что мнение врача о том, желает ли пациент в случае необходимости получить реанимацию, расходилось с реальным мнением пациента в четверти случаев. К сожалению, обсуждение вопроса реанимации никак не уменьшило процент несоответствия взглядов пациентов и врачей на эту проблему.

Ещё одна сложность состоит в том, что люди слишком оптимистично расценивают свои шансы на успешную реанимацию. Фильмы и телесериалы создают иллюзию, что при реанимации к больному тут же сбегается весь медперсонал больницы, и результат становится понятен немедленно: больной либо выживает, либо нет. В фильмах пациенты чаще всего выживают.

В реальности всё совсем не так. Во-первых, реанимация редко бывает одномоментной; чаще всего она состоит из продолжительной серии мероприятий. Она может включать в себя электростимуляцию сердца, механический массаж сердца и искусственное дыхание и перевод пациента в отделение интенсивной терапии для дальнейшего лечения. Многие больные умирают день или два спустя, и их последние часы омрачаются беспрестанными и нередко болезненными процедурами.

В среднем, менее половины пациентов, чьё сердце останавливается, пока они находятся в больнице, выживает после этой остановки. Из них лишь треть выписывается домой. Остальные две трети постепенно умирают в больнице⁶.

Вне больницы ситуация ещё хуже. При остановке сердца не в больничных условиях, реанимация оказывается успешной всего в 2 % случаев.

Во многих ситуациях возможность успеха реанимации настолько мала, что, быть может, было бы лучше позволить человеку умереть с достоинством. Например, нет практически никакого шанса на то, что попытка сделать массаж сердца и искусственное дыхание спасёт жизнь человеку, страдающему от воспаления лёгких или последней стадии рака, если у того случился паралич сердца⁷.

В подобных ситуациях попытка реанимировать человека заранее обречена на провал и, к тому же, лишает его возможности умереть с достоинством. Если пациент стар, существует высокая вероятность того, что сила, необходи-

мая для сжатия грудной клетки, сломает ему рёбра. Это причинит ему острую боль и усложнит дальнейшее лечение.

Вот почему большинство врачей считает, что предписание «Не реанимировать» является уместным, если человек страдает от прогрессирующей неизлечимой болезни. Но, к сожалению, иногда после принятия решения об отказе от реанимации качество лечения, ухода за пациентом и внимания к нему резко снижаются. Согласно одному исследованию, вероятность смерти у пациента с предписанием «Не реанимировать» была в тридцать раз выше, чем у другого пациента в похожем клиническом состоянии⁸.

Правовая ситуация

В настоящее время в Британии правовая ситуация по этим вопросам не вполне ясна. Однако большинство аналитиков согласны, что врачи имеют право принимать решение об отказе от реанимации без согласия пациента в двух ключевых случаях. Первая ситуация возникает, если

человек находится в настолько плохом состоянии, что, скорее всего, не перенесёт мероприятий по восстановлению сердечной деятельности и дыхания. Врачи утверждают, что делать массаж сердца и искусственное дыхание больному тяжёлой формой пневмонии так же неуместно, как рекомендовать ему химиотерапию, пересадку печени или какую-либо другую инвазивную терапию. Эта реанимация ничего не даст, так что и спорить здесь не о чем.

Вторая ситуация возникает в том случае, если врач считает пациента невменяемым. Однако здесь обычно есть возможность обсудить ситуацию с родными или друзьями.

В США существует ряд так называемых законов «о праве на смерть». Они гласят, что человек имеет право отказаться от мероприятий по искусственному поддержанию жизни вне зависимости от того, считается он вменяемым или нет. Закон США не видит разницы между приостановлением начатого лечения и решением вообще его не начинать.

Однако американские суды различают прекращение лечения и активную эвтаназию, или самоубийство с помощью врача, которые не входят в число основных гражданских свобод, охраняемых Конституцией США⁹.

Вопросы жизни

Христианская оценка вопросов, связанных с реанимацией, основывается на убеждении в том, что жизнь человека никогда не бывает бесполезной, каким бы нищим, больным или неполноценным он ни был и какими бы сильными ни были его страдания. Человек подобен Богу. В Библии сказано, что люди сотворены по Божьему образу, и уже одно это говорит о ценности человека больше, чем любые физические качества.

И поскольку мы созданы по образу Бога, нам следует относиться друг к другу с интересом, уважением, состраданием и, прежде всего, стремиться оберегать друг друга от вреда, насилия, манипуляции и умышленного пренебрежения.

Тяжело больной человек всё равно остаётся человеком. Даже если

Факты и цифры

Многим людям реанимация просто не способна помочь. Успех сердечно-лёгочной реанимации сильно зависит от общего состояния человека и от того, где он находится в момент остановки сердца.

Успешность сердечно-лёгочной реанимации:

в больнице	дома
6.5%—15%	2%—30%

В случае множественного заболевания разных органов вероятность выживания значительно ниже.

Реальность, далёкая от телевидения

Исследование, опубликованное в *Медицинском журнале Новой Англии*¹², показало нереально высокие проценты успешности сердечно-лёгочной реанимации в телевизионных медицинских сериалах.

	Телевидение	Реальная жизнь
Возвращаются к жизни немедленно после реанимации	77%	40% или менее
Долгосрочное выживание после реанимации	67%	30% или менее
Реанимация по причине заболевания сердца	28%	75%—95%
Типичный возраст пациентов	Большинство — дети или молодёжь	Большинство — пожилые люди

вероятность того, что попытка реанимации увенчается успехом, настолько мала, что врачи вынуждены принять решение о целесообразности таких попыток, это не снижает ценности самого человека. Более того, нам полезно признать, что этот человек слаб и незащищен, так как это лишь подчёркивает наш долг оказывать ему соответствующую заботу. В этом случае мы обязаны не уменьшать, а, напротив, увеличивать свои усилия по уходу за больным.

Ввиду столь высокой ценности человеческой жизни, мы должны помнить, что прекращение страданий — это одно, а прекращение жизни страдающего человека — совсем другое. Любое действие, направленное на лишение человека жизни, оскверняет образ Бога. Однако иногда врач может принять вполне обоснованное решение отказать пациенту в той или иной форме лечения, так как вероятность успеха этого лечения либо ничтожна мала, либо равна нулю, а лечебные процедуры принесут больному дополнительные страдания. В статье № 7 этого цикла Дункан Вир чётко разграничивает сознательное убийство и этически оправданное решение прекратить бесполезное лечение или вообще его не начинать.

Рассматривая жизнь отдельного человека саму по себе, мы также должны помнить и о положении этого человека в обществе. Жизнь каждого уникальна и драгоценна, но, кроме того, все мы являемся частью большой человеческой семьи. Мы созданы для совместной жизни. Поэтому неверно и опасно считать, что вопросы жизни и смерти могут решаться единолично, в изоляции от всех остальных. Например, решение человека покончить жизнь самоубийством повлияет на жизнь всех его родных и друзей. И если общество признаёт самоубийство оправданным и законным, существует вероятность, что со временем оно всё меньше будет заботиться о тех, кто нуждается в помощи и внимании. Такое общество неизменно станет беднее само по себе.

Нам нужно внимательно следить за тем, чтобы на решения об уместности реанимации не влияло состояние или положение

Что такое реанимация

В случае остановки сердцебиения и дыхания пациент теряет сознание, не дышит и у него нет пульса. Чтобы избежать необратимого ущерба для жизненно важных органов (напр., мозга), важно за считанные минуты обеспечить насыщение лёгких воздухом и циркуляцию крови в сосудах. С каждой минутой задержки вероятность успеха снижается на 10 %¹¹.

Иногда резкое и сильное надавливание на грудную клетку пациента способно буквально запустить сердце. Это происходит, когда сердечная мышца перестала ритмично сокращаться и вместо этого слегка подрагивает, находясь в состоянии так называемой желудочковой аритмии. Толчок грудной клетки может восстановить деятельность сердца, близкую к нормальной.

Если это не срабатывает, применение электрошока к грудной клетке также может стимулировать сердце и восстановить координированные, ритмичные сокращения.

При фибрилляции желудочков сердце перестаёт эффективно качать кровь, но её циркуляцию можно отчасти поддерживать с помощью непрямого массажа сердца — резких надавливаний на нижнюю часть грудины со скоростью примерно 80 раз в минуту. Сердце сокращается и, благодаря сердечным клапанам, обеспечивающим односторонний ток крови, выпускает достаточное её количество, чтобы обеспечить жизнедеятельность мозга и других органов в то время, пока применяются другие меры для восстановления нормальных сердечных сокращений.

Иногда, в условиях больницы, врач может прибегнуть к прямому массажу сердца, вскрыв грудную клетку пациента и физически сжимая его сердце своей рукой.

Пока проводятся эти мероприятия, необходимо обеспечить насыщение лёгких больного воздухом. Это можно сделать с помощью искусственной вентиляции лёгких «изо рта в рот», с помощью специальной маски и ручных воздуходувных мехов или вставив больному трубку через рот в трахею.

Иногда внутрисердечно можно ввести стимулирующие препараты, например адреналин; в других случаях можно использовать такие анестетики, как лидокаин, для снижения аритмии. В редких случаях врач может ввести в кровь гидрокарбонат натрия для уменьшения ацидоза, возникающего из-за накопления в организме углекислоты.

заинтересованных лиц (родных или опекунов). Истощение их физических или финансовых сил ещё не даёт нам права принимать решения, которые ускорят смерть другого человека. В этом случае подлинно нравственным решением будет найти и привлечь дополнительную поддержку для всех, кто вовлечён в данную ситуацию.

Вопросы смерти

Современное общество испытывает неловкость, когда речь заходит о смерти. О смерти вообще говорить не принято, и обсуждается она редко. Практически то же самое можно сказать о современной медицине. Медики боятся говорить о смерти и чаще всего видят в ней окончательное поражение. Но это довольно странно: ведь смерть — это единственное, в чём может быть уверено любое живое существо на нашей планете.

Христианство разрывается между двумя мнениями. С одной сторо-

ны, христиане считают болезнью и смерть грубым вторжением в Божье творение, а с другой стороны — видят в них способ приблизиться к Богу. Многие верующие согласны с Кл. Льюисом, писавшим, что страдание — это «Божий мегафон, которым Он пытается пробудить оглохший мир»¹⁰. Они видят в страдании, болезни и смерти неизбежные последствия сознательного бунта человечества против своего Бога и Творца.

Хотя старость действительно приносит с собой немало неудобств, связанных с ухудшением здоровья, сама по себе она не является злом. Скорее, это очередная стадия жизни, достойная уважения и почтения.

Смерть же приносит милосердное освобождение от жизни в плену больного, ветшающего тела. Христиане верят, что жизнь продолжается после того, как тело перестаёт функционировать; причём у каждого человека есть

возможность провести вечность в мире и невообразимой близости с Богом, сотворившем всю вселенную.

Призыв к эффективной коммуникации

Разногласия между врачами и пациентами относительно того, насколько оправданным является предписание «Не реанимировать» в той или иной истории болезни, отчасти объясняется тем, что эти две категории людей говорят на разных языках. Врачи оперируют понятиями технологии и физических симптомов и подчас сводят своих пациентов до уровня биологического организма. Пациенты говорят на непрофессиональном языке и описывают своё субъективное состояние и своё место в системе социальных отношений. Без сознательных усилий эти две категории людей никогда не поймут друг друга. И поскольку пациент болен, чувствует себя незащищённым и, скорее всего, плохо понимает ситуацию, усилия по налаживанию чёткой коммуникации придётся предпринимать врачу.

Некоторые боятся, что однажды принятое решение уже нельзя будет изменить. Обширное исследование больных-сердечников показало, что 14 % тех больных, которые изначально пожелали, по возможности, получить реанимацию в случае кризиса, через два месяца изменили своё решение. В то же самое время, 40 % людей, которые изначально отказались от реанимации, теперь выразили желание её получить. Сейчас врачам рекомендуется пересматривать принятое решение о реанимации пациента каждые 24 часа и давать ему возможность выразить своё мнение, если оно почему-то меняется.

Медиков призывают отказаться от авторитарного подхода к этому вопросу, когда врач сам принимает решение, а пациент покорно с ним соглашается. Вместо этого им предлагается система согласия, основанного на получении информации. Врач обязан предоставить больному всю релевантную информацию, но окончательное решение остаётся за самим паци-

ентом. Однако осуществить это в реальной жизни бывает трудно, так как пациент или его родные не всегда могут или готовы взять на себя такую ответственность.

Третий вариант состоит в том, чтобы наладить диалог между врачом и пациентом, где каждый из них опирается на свою сферу компетентности. Врач обладает медицинскими знаниями и умениями, пациент знает, что ему больше всего хочется получить от жизни, и вместе они могут прийти к общему решению. Для этого врачу необходимо создать атмосферу открытости со свободным обменом информацией, а также проводить больше времени с каждым отдельным пациентом, чтобы узнать его поближе.

Забота о самых слабых

Врач обязан заботиться о своих пациентах. Частью этой заботы является умение определить, насколько оправданным и уместным будет то или иное лечение для конкретного пациента. Когда речь заходит о реанимации, существуют различные оценочные системы, помогающие врачу принять решение на основе имеющейся информации. Вывод о том, что попытка реанимации будет неуместной и нецелесообразной, сам по себе может быть проявлением врачебной заботы.

Решение об отказе от реанимации, основанное на выводе о бесполезности таких мер, разительно отличается от решения, основанного на критерии «полноценности» или «неполноценности» жизни пациента.

Врачам выпала честь встречаться с людьми и оказывать им профессиональную помощь в кризисные моменты их жизни. Высочайшей формой межличностных взаимоотношений являются уважительные отношения, где изначально предполагается, что все их участники стараются действовать в наилучших интересах друг друга.

И эти высокие стандарты доверия смогут устоять и укорениться лишь в том случае, если врачи будут сознательно относиться к своим пациентам с заинтересо-

ванностью и уважением, проявляя к ним сострадание и защищая их интересы. И чем слабее человек, тем усиленнее нам следует подчеркивать необходимость такого к нему отношения.

Майкл Уэбб-Пеплоу является почётным кардиологом-консультантом лондонских больниц Св. Гая и Св. Фомы Национальной системы здравоохранения Великобритании и бывшим председателем Издательского комитета Сообщества медиков-христиан.

Библиография

- 1 Новые британские положения по реанимации требуют открытого принятия решений. (Британский медицинский журнал, 2001;322:509). В новом совместном заявлении Британской медицинской ассоциации, Британского совета по реанимации и Королевского медицинского колледжа рекомендуется сменить термин и вместо «Не реанимировать» употреблять «Не пытаться реанимировать».
- 2 Age Concern England. Turning your back on us – older people and the NHS. London: Age Concern, 2000.
- 3 Mendick R, Dillon J. Fifty elderly on NHS death dossier. Independent on Sunday. 2000 April 16:1.
- 4 Levin JR et al. Life-sustaining treatment decisions for nursing home residents: who discusses, who decides and what is decided? J Am Geriatr Soc. 1999;47:82-87.
- 5 Krumholz HM et al. Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure... Circulation 1998;98:619-622.
- 6 Haas F [letter] BMJ 1994; 309:408
- 7 Moss AH. Informing the patient about cardiopulmonary resuscitation: when the risks outweigh the benefits. J Gen Intern Med. 1989;4:349-355.
- 8 Shepardson LB, Younger SJ, Speroff T & Rosenthal GE. Increased risk of death in patients with do-not-resuscitate orders. Med Care 1999; 37:727-737.
- 9 Gostin LO. Deciding life and death in the courtroom. From Quinlan to Cruzan, Glucksberg and Vacco – a brief history and analysis of constitutional protection of the 'right to die'. JAMA 1997;278:1523-1528.
- 10 Кл. Льюис, «Страдание», Собр. соч., том 8, СПб, «Библия для всех», 2000, с. 170.
- 11 Mancini ME, Kaye W. In-Hospital first-responders automated external defibrillation: What critical care practitioners need to know. American Journal of Critical Care 1998;7:314-319.
- 12 Diem SJ, Lantos JD & Tulsy JA. Cardiopulmonary resuscitation on television – miracles and misinformation. New England Journal of Medicine 1996; 334: 1578-1582.