







Этические вопросы реанимации новорожденных детей

Арунас Любшис



Реанимации новорожденного ребенка в родильном зале

- Когда не следует начинать реанимацию в родильном зале?
 - Насколько имеющиеся маркеры асфиксии являются весомыми для принятия решения о начале или прекращении реанимации новорожденного ребенка?
 - Если реанимационные мероприятия уже были начаты, легко ли остановиться?
 - Когда можно говорить о том, что дальнейшая реанимация нецелесообразна?
 - Кто должен принять решение о прекращении реанимационных мероприятий?
 - Правильно (качественно) ли проводится реанимация новорожденного ребенка?
-



Реанимации новорожденного ребенка в родильном зале

- Хотя в разных странах и существуют разные подходы к прекращению реанимационных мероприятий новорожденного ребенка в родильном зале, однако большинство клиницистов сходятся во мнении в том, что реанимацию следует прекратить, если:
 - рН артериальной крови пуповины $< 6,8$;
 - $BE \geq -20$ ммол/л;
 - не восстановилось спонтанное дыхание через 30 мин. после начала реанимации;
 - не восстановилась сердечная деятельность через 10 мин. (оценка по шкале Апгар 0 $> 10'$) после начала реанимации, хотя реанимация проводилась качественно и с использованием адреналина;
 - до родов имело место неблагоприятный акушерский анамнез;



Этические стороны принятия решений

- Во время принятия решений по продолжению/прекращению реанимации в родильном зале какова роль родителей?
 - врачи вовсе не вовлекают родителей в процесс принятия решений и только информируют об исходе;
 - врачи информируют родителей о ситуации, однако сами принимают решение;
 - родители активно участвуют в принятии решения о прекращении/продолжении реанимации;
 - Должны ли вообще участвовать родители при реанимации новорожденного (конечно, за исключением матери, которая находится в родильном зале)?
-



Этические стороны принятия решений

- ❑ Ребенок выжил после реанимации, однако уже в ранние сроки после рождения у него проявляются тяжелые неврологические расстройства;
- ❑ **Что делать дальше???**
- ❑ Где, как лечить и обследовать больного?
- ❑ Как долго лечить?
- ❑ Кто будет принимать решения о целесообразности продолжения лечения?
- ❑ Какова роль родителей в принятии решений?
- ❑ Какая правовая основа возможности прекращения лечения (вопрос эутаназии)?



Этические стороны принятия решений

- ❑ Лечение больного в отделении ИТН, полное и всестороннее обследование для принятия решения, или паллятивное (минимальное) лечение?
- ❑ Какие критерии могут быть основой для решения вопроса о прекращении лечения (как долго продолжать)?
- ❑ Кто принимает главное решение (лечащий врач, консилиум врачей с привлечением специалистов, весь персонал отделения и др.)?
- ❑ Имеют ли право родители требовать продолжения или прекращения лечения?
- ❑ Узаконена ли аутаназия (активная, пассивная) при решении вопроса об исходе?



Этические стороны принятия решений

- ❑ Вопросы прекращения/продолжения лечения новорожденного ребенка должны строго основываться на медицинских критериях, а не на чьих-то пожеланиях;
- ❑ Родители и близкие имеют право знать все подробности сложившейся ситуации, объем принимаемых мер и возможный исход;
- ❑ Большинство этических проблем возникают в связи с недостатком информации или/и общения;
- ❑ Родители имеют право выполнить желаемые религиозные обряды, по желанию быть вместе со своим умирающим ребенком;
- ❑ В эти моменты очень важна поддержка и сострадание со стороны персонала;



Критерии смерти мозга новорожденного ребенка

- В 1987 г. специально созданный комитет в США определил основные критерии смерти мозга и детей и младенцев старше 7 дней жизни;
- В 1989 г. S. Ashwal с соавт. Доказал, что те же самые критерии могут быть использованы и для новорожденных старше 32 недели гестационного возраста;



Критерии смерти мозга новорожденного ребенка

- **Кома**, проявляющаяся в отсутствии болевой реакции, реакции на свет и звук;
- **Апноэ**, отсутствие дыхания при $p\text{CO}_2 > 60$ мм Hg (тест проводится, отключив больного от аппарата на 3 мин. и продолжая ему давать 100% O_2 , или более короткое время при наличии низкого АД или брадикардии);
- **Отсутствие бульбарных движений и стволовых рефлексов** (среднее положение расширенных зрачков, не реагирующих на свет, отсутствие окулоцефального, корнеального, глатательного, кашлевого, сосательного рефлексов);
- **Слабость мышечного тонуса и отсутствие спонтанных или раздражением вызванных движений** (возможен спинальный автоматизм);



Критерии смерти мозга новорожденного ребенка

- Если эти признаки сохраняются в течении 24 ч. при
 - отсутствии электрической активности на ЭЭГ,
 - концентрации барбитуратов в крови менее 25 микромол/мл,
 - отсутствии глубокой гипотермии ($<24^{\circ}\text{C}$),
 - отсутствии пороков развития мозга (гидранэнцефалия, гидроцефалия),

ЭТО ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ГИБЕЛИ МОЗГА.



Медицина как наука позволяет нам предсказывать возможное будущее больного.

Медицина как искусство – это наше умение работать с больными и их семьями для того, чтобы это будущее было как можно более светлым.

Спасибо за внимание

