

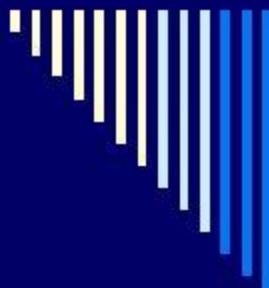
Этические вопросы реанимации новорожденных детей

Арунас Любис



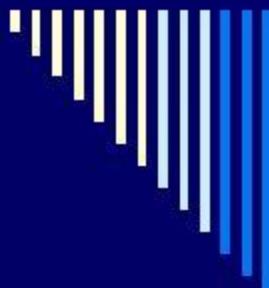
Реанимации новорожденного ребенка в родильном зале

- 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?



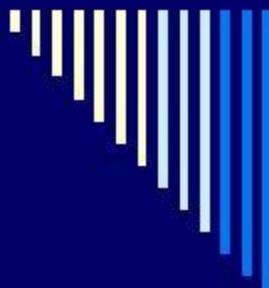
Реанимации новорожденного ребенка в родильном зале

- 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;
 - ВЕ ≥ -20 ммоль/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;



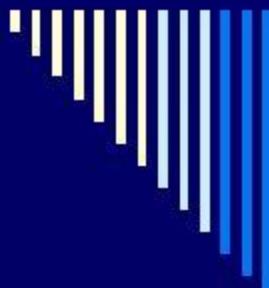
Этические стороны принятия решений

- 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)?



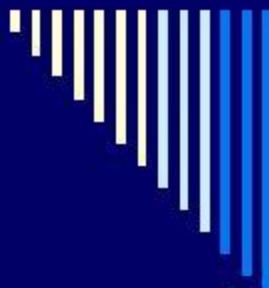
Этические стороны принятия решений

- 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)?



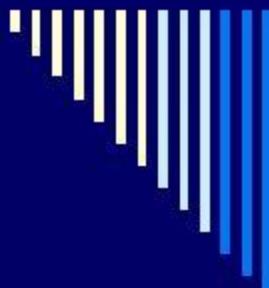
Этические стороны принятия решений

- Лечение больного в отделении ИТН, полное и всестороннее обследование для принятия решения, или паллиативное (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?



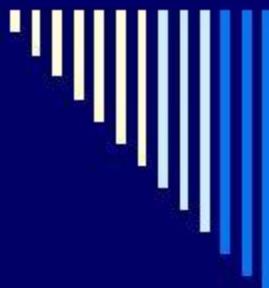
Этические стороны принятия решений

- 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;



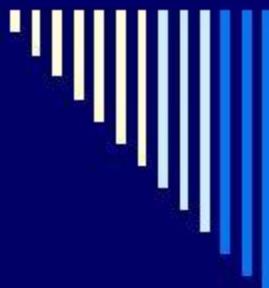
Критерии смерти мозга новорожденного ребенка

- 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

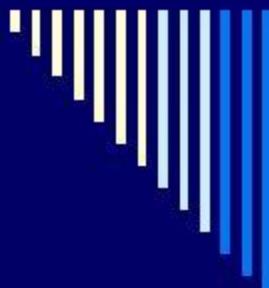
- **Кома**, проявляющаяся в отсутствии болевой реакции, реакции на свет и звук;
- **Апnoe**, отсутствие дыхания при $pCO_2 > 60$ мм Hg (тест проводится, отключив больного от аппарата на 3 мин. и продолжая ему давать 100% O_2 , или более короткое время при наличии низкого АД или брадикардии);
- **Отсутствие бульбарных движений и стволовых рефлексов** (среднее положение расширенных зрачков, не реагирующих на свет, отсутствие оculoцефального, 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

