

# Биоэтика и медицинская практика (анализ клинической ситуации)

© 2011 А.С. Курленкова

---

**Ключевые слова:** клиническая практика, этические принципы, справедливое медицинское решение, статус «DNAR, do-not-attempt-resuscitation», принцип «уважения автономии пациента» (respect for autonomy), принцип «делай благо» (beneficence), показатели эффективности СЛР (сердечно-легочной реанимации), право на неоказание врачебной помощи

**Аннотация:** В предлагаемом вниманию читателей материале автор пытается разобраться в сложнейшей этической ситуации, возникшей в одной из клиник, куда поступила пациентка, которой требуется аортокоронарное шунтирование. Врачи готовы её оперировать, но их останавливает протокол об отказе от реанимации (статус «DNAR, do-not-attempt-resuscitation»), подписанный женщиной несколькими месяцами ранее, от которого она не планирует отказываться... Исследователь взвешивает этические принципы, руководящие каждой из сторон, и старается определить, какой из этих принципов должен лечь в основу справедливого медицинского решения.

---

Пациентка С., 61 год, поступает в отделение кардиореанимации американской больницы с нетяжелым сердечным приступом. Доктора проводят катетеризацию сердца и устанавливают, что у пациентки закупорены коронарные сосуды, и ей требуется аортокоронарное шунтирование (создание альтернативных путей кровоснабжения сердечной мышцы). У пациентки С. диабет и терминальная стадия болезни почек (она находится на диализе около 1 года). В остальном врачи считают ее хорошим кандидатом на операцию на открытом сердце.

С. – хорошо информированная и настойчивая женщина. Около 6 месяцев назад она подписала протокол об отказе от реанимации («DNAR, do-not-attempt-resuscitation»); в случае если с ней что-то произойдет и ее придется госпитализировать. В соответствии с этим, при поступлении в больницу ей присвоили статус «не пытаться реанимировать» (DNAR). Коллизия состоит в том, что хирург настаивает на аннулировании DNAR-статуса на время операции. Он говорит, что не хочет проводить операцию «со связанными руками». Другими словами, если во время операции возникнет такая необходимость, он желает иметь возможность сделать

все, что в его силах, чтобы спасти пациентку, – в том числе, провести реанимацию. По завершении операции он согласен восстановить DNAR-статус пациентки.

С. не соглашается. Она желает провести операцию, но не согласна на СЛР (сердечно-лёгочную реанимацию) – до, во время или после операции. Она настаивает на том, что отказ от реанимации – ее законное право.

Хирург проводит несколько длительных разговоров с пациенткой. Однако им так и не удается прийти к компромиссу. Хирург обращается к помощи этического консультанта.

### *Этический анализ*

Данный случай показывает, как этический принцип «уважения автономии пациента» (respect for autonomy) и принцип «делай благо» (beneficence) сталкиваются в клинической практике.

Традиционно представители западной медицинской профессии боролись за жизнь человека до «последней капли крови». Так, Бенджамину Рашу (одному из отцов-основателей США) приписывается высказывание, что врач – это солдат в войне против болезни. Об «агрессивном» отношении к процессу лечения также говорит наличие большого количества «батальной» медицинской лексики в европейских языках (ср. англ. «War on cancer» («Война с раком» – название широкомасштабной госпрограммы США, начатой в 1970-е гг.), слова утешения больным «you are a fighter!» (ты же борец!) и пр.).

Со временем общественные ожидания по отношению к врачам изменились, и вторая половина XX века в США, а позднее Европе, стала временем перестановки ценностных акцентов в медицинской практике. Люди стали говорить о новых приоритетах в оказании медицинской помощи – например, о ценности психологического и физического комфорта пациента (идея хосписов и паллиативной помощи), а также уважении права пациента на НЕоказание врачебной помощи, если на то имеется желание больного. Это обусловило возникновение ситуаций, подобных представленной выше, когда традиционные ценности врачебной практики стали конфликтовать с заявленными по-новому пожеланиями пациентов.

В продемонстрированном примере хирург и другие члены врачебной команды настаивают: врачебные усилия и время операции (порядка 3-6 часов) стоят того, чтобы подойти к ней полностью подготовленными и оснащенными всеми доступными медицинскими средствами. Кроме того, профессиональный долг врача говорит им о необходимости реанимировать пациентку, если на то будут основания (а такие случаи в хирургической практике, насколько мне известно, часты). В медицине, как и в любой другой профессии, необходима здоровая доля общественного доверия и уважения к профессиональным знаниям и опыту специалиста. В

противном случае тенденция «учить ученого» может закончиться подрывом общественных принципов разделения обязанностей.

С другой стороны, конец XX века ознаменовался признанием ценности частного мнения пациентов – вниманием к предпочтениям, сомнениям, желаниям посетителей медицинских заведений, особенно в области принятия важных медицинских решений и решений, связанных с концом жизни. Несмотря на то, что мнение пациентов могут рассматриваться врачами как противоречащие интересам их собственного здоровья, в настоящее время в США человек может отказаться от многих серьезных (и ранее неоспоримых) медицинских процедур, в том числе сердечно-легочной реанимации. В данном случае пациентка С. может настаивать на сохранении протокола DNAR на время операции в силу разных обстоятельств. В частности, возможно, она боится боли, дискомфорта, ей неприятна сама мысль об эстетической стороне реанимации; это может быть понятно тем, кто наблюдал, как проходит реанимация, собственными «немедицинскими» глазами. Хорошо информированная пациентка также может быть не довольна низкими показателями эффективности СЛР (согласно Cotter et al. (2009: 200), в США только порядка 15-20% пациентов доживают до выписки из больницы после СЛР, что порождает споры о тщетности (futility) этой медицинской процедуры).

В настоящей статье<sup>2</sup> я взвешиваю этические принципы, руководящие каждой из сторон, и стараюсь определить, какой из принципов должен лечь в основу справедливого медицинского решения.

### **Примечания**

1. Протокол DNAR, как правило, подписывается в случае, если пациент не хочет подвергаться сердечно-легочной реанимации (СЛР) или если вероятность его выживания после СЛР очень мала.
2. См. оригинал в английской версии журнала.

### **Литература**

Cotter et al. 2009 – Cotter P. E., Simon M., Quinn C., O'keeffe S. T. Changing attitudes to cardiopulmonary resuscitation in older people: a 15-year follow-up study // Age and Ageing 2009, 38 //

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/38/2/200.full.pdf+html>

\*\*\*\*\*

### ***От редакции:***

*В предлагаемом вниманию читателей материале автор пытается разобраться в сложнейшей этической ситуации, возникшей в одной из клиник, куда поступила пациентка,*

*которой требуется аортокоронарное шунтирование. Врачи готовы её оперировать, но их останавливает протокол об отказе от реанимации (статус «DNAR, do-not-attempt-resuscitation»), подписанный женщиной несколькими месяцами ранее, от которого она не планирует отказываться. Врач, обязанный спасти больную, может оказаться в процессе оперирования «со связанными руками», ведь поскольку у пациентки есть другие заболевания, может возникнуть ситуация необходимости её реанимирования...*

*Исследователь (автор публикации) взвешивает этические принципы, руководящие каждой из сторон, и старается определить, какой из этих принципов должен лечь в основу справедливого медицинского решения.*

*Редакция предлагает читателям включиться в осмысление этой непростой биоэтической проблемы и высказать свои варианты возможного справедливого решения, а также поразмышлять на тему о праве на неоказание врачебной помощи и других этических принципах современной медицинской практики в США.*