

*Бергер М. Джек, Зелман Володимир,
Амайя Родольфо*

НАКАЗИ DNR (DO NOT RESUSCITATE – НЕ РЕАНІМУВАТИ): КОНЦЕПЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ЕТИКИ

Університет Південної Кароліни; Лос-Анджелес, Каліфорнія, США

Перекладено та опубліковано з дозволу авторів

Закрита серцево-легенева реанімація (СЛР), завдяки успіху, якого вона здобула після впровадження її в операційних для рятування життів пацієнтів під час наркозу, була прийнята у відділеннях інтенсивної терапії, потім поширилась до масштабів цілих лікарень, і нарешті вийшла за їх межі. Це призвело до етичної дилеми стосовно пацієнтів, які добровільно вимагають припинення штучних методів підтримки функціонування їх органів, або ж стосовно тих тяжких ситуацій, коли члени родини повинні прийняти подібне рішення щодо своїх родичів, які страждають, але перебувають без свідомості. В цьому огляді було проаналізовано етичні принципи, на які опираються лікарі, лікарні, пацієнти (або ж їх довірені особи) для втілення своїх суб'єктивних моральних обов'язків забезпечення комфорту, захисту та лікування пацієнтів – з особливим акцентом на наказах «відмовитись від реанімації» (DNR, Do Not Resuscitate orders). Безсумнівно, «не реанімувати» не означає «не лікувати».

Ключові слова: *серцево-легенева реанімація, «DNR, Do Not Resuscitate orders», етичні принципи.*

Закрита серцево-легенева реанімація (СЛР) була вперше застосована для рятування пацієнтів із зупинкою серця в ході анестезіологічного забезпечення, і одразу ж показала свою ефективність [1]. У 1961 році Jude et al. доповіли про СЛР 118 пацієнтів із зупинкою кровообігу у лікарні Johns Hopkins [2]. Згідно їх даних, серцеву діяльність вдалось відновити у 79% випадків, проте лише 60% пацієнтів повернулись до того стану діяльності ЦНС та серця, яка була до зупинки кровообігу [2].

В наступні роки, аж до 1963, рутинне застосування СЛР всім пацієнтів лікарні, які її потребували, призвело до нових проблем у тих із

них, кому вдалось пережити зупинку кровообігу. Подовжене страждання і пролонгований процес вмирання у багатьох випадках були наслідком успішної серцевої ресусцитації, особливо у термінально хворих пацієнтів [3,4]. Але згідно медичної літератури, до 1976 року не існувало жодної регламентованої лікарнею постанови, яка б давала лікарю право надати наказ **не реанімувати (DNR – Do Not Resuscitate)** пацієнта [3].

Зрозуміло, що у перші роки виконання СЛР та впровадження наказів DNR, багато лікарів та працівників сфери охорони здоров'я мали певні труднощі із примиренням свого

суб'єктивного **«Морального обов'язку»** робити все можливе для рятування і подовження життів їх пацієнтів з **«Етичними принципами»**, що послужили основою для **юридичного забезпечення цього морального обов'язку.**

Чотири базові етичні принципи є: **«не заподій шкоди»** [5], **«заподій благо»** [6], **автономія пацієнта**, [7] та **справедливість** [8].

Як було обговорено з автором попереднього рукопису [9], під час впровадження вищезазначених принципів лікар має збалансувати «три дихотомії» [9].

- Потенційне благо від лікування має бути збалансованим відносно його потенційної шкоди. Чи принесе СЛР більше шкоди, ніж користі?
- Боротьба за життя. Чи збереже СЛР життя пацієнта? Або ж ми маємо усвідомити, що таке життя було б біологічно марним – і забезпечити пацієнтові лише комфортне вмирання?
- Індивідуальні потреби мають бути збалансованими відносно потреб соціуму. Не є можливою або навіть прийнятною з медичної точки зору позиція: надавати *все і для кожного*, хто того забажає. Це стосується СЛР в тому числі.

Eric J. Cassel в своїй статті «Природа страждання і мета медицини» (“*The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*”) стверджує: «...заспокоєння страждань і зцілення від хвороби мають бути розглянутими як подвійний обов'язок медичної професії, істинно відданий справі допомоги хворим. Неспроможність

лікаря зрозуміти природу страждання може призвести до медичних втручань (в тому числі й абсолютно адекватних з технічної точки зору), які не тільки не полегшать страждання пацієнта, але й стануть їх причиною» [10].

Як було сказано авторами Truog, Brett та Frader техніка СЛР була з самого початку призначена для спроб врятувати життя пацієнтів з оборотними серцевими аритміями [11]. Але у 1992 році, коли їх стаття була написана, актуальною практикою було проведення СЛР у всіх випадках, окрім тих, коли був наявний прямий наказ лікаря не реанімувати [11]. **«Оскільки зупинка серця є фінальною подією усіх термінальних захворювань, в кінцевому рахунку абсолютно кожна людина є кандидатом на цю процедуру... і тому... накази DNR (DNR – Do Not Resuscitate, не реанімувати) були розроблені з метою вберегти пацієнтів від агресивних спроб їх оживити, коли смерть є передбачуваною та неминучою»** [11].

Розповсюдженим є випадок, коли пацієнти або ж їх довірені у прийнятті рішень особи вимагають проведення всього необхідного, включаючи СЛР, навіть якщо лікар вважає, що СЛР буде марною і лише призведе до додаткової шкоди [9,11]. В таких випадках вважається дискутабельним прийняття сценарію, в якому лікар матиме можливість реалізувати наказ DNR в умовах відсутності згоди з боку пацієнта, його довіреного чи сім'ї [11,12].

Деякі пацієнти та/або родини не надають згоди на відмову від

реанімації, оскільки бояться, що всі інші заходи по догляду та лікуванню також не надаватимуться. Інші вважають, що все можливе має бути зробленим для подовження життя з релігійних міркувань. Також існує категорія людей, яка сумнівається у прийнятті даного рішення після всього того, що вони бачили по телевізору та в кінофільмах.

У червні 1996 року, у журналі «New England Journal of Medicine» було опубліковане дослідження щодо рівня успішності СЛР у популярних медичних телесеріалах “ER” “Chicago Hope” та “Rescue 911.” В цих серіалах актори успішно реанімували 75% фіктивних пацієнтів. Проте, згідно з цим дослідженням, в реальності менш ніж половина СЛР проходить успішно [13].

Дослідження, опубліковане у 2009 році, висловлює думку, що успішність СЛР у телепрограмах може бути насправді більш реалістичною, оскільки довгострокова виживаність реанімованих пацієнтів дуже нечасто входить у сценарій. Крім того, для телевізійних програм дуже рідко знімають СЛР проведену на термінально хворих пацієнтах літнього віку в умовах відділення інтенсивної терапії, і часто – на молодих пацієнтах з певною травмою, а вони однозначно мають більше шансів пережити СЛР [14]. У роботі з реальними пацієнтами під час отримання інформованої згоди на відмову від реанімаційних заходів, лікарі мають брати до уваги міф про рівень ефективності СЛР, який популяризується у медіа [14].

Щоб протистояти цьому медичному міфіві, дослідники проаналі-

зували ефективність СЛР (без використання автоматичних дефібриляторів) за різних обставин [15].

Було виявлено, що СЛР є успішною у 2–30% випадків проведення її поза межами лікарні; у 6–15% випадків – в межах лікарні і лише у 5% (або ж менше) випадків реанімації пацієнтів похилого віку з множинною патологією [15].

З огляду на цю статистику, ми маємо опиратись на 4 базові принципи медичної етики під час вирішення, чи має бути застосована СЛР для конкретного пацієнта, якщо у нього відбудеться зупинка серця, або ж провести детальне інформування пацієнта та/або його довіреної особи щодо впровадження наказу DNR з метою запобігання катастрофічних наслідків і погіршення страждань пацієнта.

По-перше, принцип «Не заподій шкоди» означає, що оцінка пацієнтів має проводитись заздалегідь, коли це можливо, щоб запобігти додатковій шкоди та страждань у пацієнтів, які мають дуже мало або ж не мають жодних шансів пережити бруталність СЛР.

По-друге, принцип «Заподій благо, якщо можеш» (авторство Святого Фоми Аквінського, XIII ст.) вимагає такого ж підходу. Фактично, суди США вже вивели правило, згідно якого **«лікарі не зобов’язані»** пропонувати або надавати лікування пацієнтам, якщо вони не вважають, що це лікування було б для них благодієвим, навіть якщо ці заходи вимагає сам пацієнт або його родичі. **Таким чином, проблема «марності лікування» увійшла у судові справи** [16].

Приклад судової справи (Court Ruling Limits Rights of Patients, New York Times, By GINA KOLATA, Published: April 22, 1995)

| | | | | | |
|------|--|-------------------------------------|--|---|--|
| 1995 | Пацієнт Гілган (Gilgunn) проти багатопрофільної лікарні штату Масачусетс | Верховний суд округу Сафолк, Бостон | Лікар та лікарня припинили терапію підтримання життєвих функцій і видали наказ не реанімувати пацієнта, незважаючи на протест пацієнта і його довіреного, оскільки були впевнені у марності подальшого лікування | Суд постановив, що у діях лікарів та лікарні не було халатності або недбайливості до пацієнта | Право лікарів на незалежне судження щодо припинення терапії підтримання життя, незважаючи на бажання пацієнта або його довіреного, до цього ніколи не було «опротестовано» в апеляційному суді |
|------|--|-------------------------------------|--|---|--|

Прийняття рішення щодо медичної «марності» завжди було проблемою для лікарів. В одному із античних трактатів Гіппократа «Мистецтво», він застерігає лікарів та пацієнтів: *«якщо людина страждає від хвороби, яка є занадто тяжкою для тих засобів, якими орудує медицина, ця людина не повинна очікувати, що її хвороба може бути подоланою медициною»* [17]. Цілителі древньої Греції вважали, що *«серед трьох цілей медицини є зцілення, полегшення страждань і відмова від лікування тих, хто був підкорений своєю хворобою»* [17]. Гіппократ застерігав хворих від того, щоб вони вмовляли своїх лікарів проводити лікування, яке не мало шансів на успіх. Крім того, Гіппократ нагадував лікарям, що *«спроба провести марне лікування рівноцінна невігластву, що йде у союзі з безумством»* [17].

У ХХІ сторіччі як етики, так і спеціалісти з інтенсивної терапії зійшлись на думці, що лікарі мають приймати відповідальність визна-

чення марності певних втручань (як СЛР) і мати законне право обмежити лікування, навіть незважаючи на вимоги пацієнта або його законного представника [19, 20].

У цьому огляді Fine надає приклади розроблення концепції марності лікування (в тому числі СЛР), кульмінацією якої стали такі закони як **ТЕХАСЬКИЙ АКТ ЗАВЧАСНИХ РОЗПОРЯДЖЕНЬ 1999 (THE TEXAS ADVANCE DIRECTIVES ACT OF 1999)** [17].

Fine пояснює, що цей документ об'єднав в собі багато законів, що існували попередньо і регламентували прийняття рішень в умовах лікування термінальних станів. Даний статут призвів до певних важливих змін прижиттєвого волевиявлення, визначення термінальних та необоротних хвороб, а також нові вимоги до того, яким чином інформовані згоди мають буди засвідчені [17].

Техаський Акт 1999 року визнавав право пацієнтів використовувати даний документ для того, щоб вказувати, яке саме лікування вони

хотіли б отримати (або від якого саме лікування відмовитись) в умовах термінальної або необоротної хвороби [17]. Визначені представники пацієнта також можуть приймати такі рішення, якщо пацієнт нездатний (термін визначений в подальшому) зробити це самостійно [17].

Проте Техаський Акт забезпечував і лікуючий колектив правом протидіяти розпорядженням пацієнта, якщо лікар вважав, що зазначене лікування є «медично марним» [17]. Також є постанова, яка забезпечує лікаря правом на консультанта з етичних питань [17]. Згідно з Техаським законом, лікарі можуть бути впевненими в *«юридично безпечному підході»*, якщо вони керуватимуться рекомендаціями, описаними в Акті [17].

Положення Техаського Закону описані нижче у тому вигляді, в якому вони фігурують в огляді Fine, оскільки вони подібні до аналогічних у більшості **Законів Штатів** і слугують настановами для **вирішення етичних конфліктів** [17]. Ці положення надають лікарям, установам та етичним комітетам «юридично безпечний підхід» – перший в своєму роді у країні [17].

1. Родина має отримати письмову інформацію про політику лікарні стосовно консультацій з питань етики.
2. Родина має отримати повідомлення і запрошення до участі у консультації з питань етики за 48 години до її проведення.
3. Консультація з питань етики має забезпечити родину письмовим

звітом про все виявлене в ході консультації.

4. Якщо консультація з питань етики не вирішить існуюче спірне питання, лікарня, що співпрацює з даною родиною, має спробувати забезпечити переведення пацієнта до іншого лікаря та лікувальної установи, яка бажала б задовольнити вимоги родини стосовно лікувальних заходів, в яких їм було відмовлено попереднім лікувальним колективом.
5. Якщо впродовж 10 днів така установа не буде знайдена, лікарня та лікар мають право призупинити або припинити марну терапію в односторонньому порядку.
6. Незгодна сторона має право подати апеляцію до відповідного суду штату і попросити суддю продовжити час перед припиненням лікування. Це продовження може бути наданим тільки в тому випадку, якщо суддя вирішить, що існує обґрунтована ймовірність знайти устанovu, що буде згодна провести бажане лікування, якщо більше часу буде надано на її пошуки.
7. У тому випадку, якщо родина не звернеться до суду за продовженням часу лікування, а також якщо суд не надасть дозвіл на таке продовження, медично марне лікування може бути припинено в односторонньому порядку лікуючим колективом, якому гарантується **іmunітет до цивільної або кримінальної відповідальності**.

Проте ця «автономність лікаря» в певному сенсі конфліктує з Третім Принципом Етичності, принципом

«автономії пацієнта». Ще з кінця 1940-х років, права пацієнтів та/або їх офіційних представників на участь у прийнятті рішень поступово росли – і нарешті були втіленими у концепт «інформованої згоди» [7, 21, 22].

пацієнтам або їх представникам можливі наслідки СЛР і співвідношення ризиків до користі в кожному індивідуальному випадку; тому етичні дилеми до сих пір мають місце.

Приклад судової справи (Salgo v. Leland Stanford etc. Bd. Trustees, 154 Cal.App.2d 560 [Civ. No. 17045. First Dist., Div. One. Oct. 22, 1957.]

OLGA SALGO, as Administratrix, etc., Respondent, v. LELAND STANFORD JR. UNIVERSITY BOARD OF TRUSTEES et al., Appellants.

| | | | | | |
|------|---|----------------------------|---|--|---|
| 1957 | Пацієнт Сальго (Salgo) проти членів правління лікарні Ліланд Стенфорд | Апеляційний суд Каліфорнії | Після транслюмбальної аортографії, Сальго почав страждати від параплегії. Пацієнт не був проінформований щодо можливих ризиків маніпуляції. | Суд постановив, що лікарі зобов'язані інформувати пацієнтів стосовно ризиків, користі та альтернатив запропонованого лікування | Впровадження права на добровільну інформовану згоду |
|------|---|----------------------------|---|--|---|

У судовій справі «Canterbury v Spence», 1972 рік, суд округу Колумбія постановив, що процес інформування пацієнта має розкривати всі необхідні дані, які б «розсудлива людина» вважала б необхідними для прийняття інформованого рішення [22]. Таким чином, концепція «розсудливої людини» була встановлена стосовно отримання інформованої згоди [22].

Проте відомо, що лікарі дуже часто в недостатньому обсязі розкривають

«Не реанімувати» – це лікарський наказ. Він пишеться на листку пацієнта тільки після повного інформування пацієнта або його довіреної особи щодо прийняття рішень, включаючи обговорення ризиків і користі СЛР та альтернатив СЛР, з їх ризиками та користю [23]. Наказ «не реанімувати» попереджає порушення права пацієнта на відмову від лікування (в тому числі від СЛР); проте він не анулює право пацієнта на отримання інших медично дореч-

Приклад судової справи (Canterbury v. Spence (464 F.2d 772) 1972) Апеляційний суд округу Колумбія, США

| | | | | |
|---|------------------------------|---|---|---|
| Пацієнт Кантербері (Canterbury) проти лікаря Спенс (Spence) | Окружний суд округу Колумбія | Кантербері отимав тетраплегію після ламінектомії. Хірурги надали всю необхідну інформацію щодо втручання завчасно та згідно із встановленим стандартом. | Суд постановив, що інформування має містити всі необхідні дані, які б «розсудлива людина» вважає необхідними для прийняття інформованого рішення. | Концепція «розсудливої людини» була запроваджена. |
|---|------------------------------|---|---|---|

них втручань, таких як внутрішньовенне введення медикаментів або антибіотиків, якщо не було отримано відмови пацієнта від цих втручань та маніпуляцій [23].

Згідно із звітом [*“Universal Out-of-Hospital DNR Systems,” Opinion 2.225 Optimal Use of Orders-Not-to-Intervene and Advance Directives, adopted June 2005, (www.virtualmentor.org Virtual Mentor, July 2010—Vol 12 555) the AMA Code of Medical Ethics Opinions on Seriously Ill Newborns and Do-Not-Resuscitate Orders*], **настанови АМА** (Американської Медичної Асоціації) стверджують, що приділення більшої уваги бажанням і потребам пацієнта під час термінальної стадії його хвороби може призводити до загалом кращого рівня медичної допомоги наприкінці його життя [24]. Це ствердження АМА стосується багатьох аспектів медичної допомоги наприкінці життя пацієнта, проте специфічно стосується й наказів DNR [24]. Рекомендації АМА містять ряд наказів та аббревіатур цих наказів які могли б використовуватись для вираження вибору пацієнта щодо конкретного лікування або відмови від нього, щоб запобігти впровадження даних видів лікування під час екстрених ситуацій медичним персоналом, якому не був відомим статус пацієнта і його вибір [24].

«Накази уникнення лікування» можуть містити, окрім наказу ***Do Not Resuscitate (DNR) – не реанімувати***, щось із наступного: ***Full Comfort Care Only (FCCO) – тільки паліативне лікування в повному обсязі***; ***Do Not Intubate (DNI) – не проводити інту-***

бацію; Do Not Defibrillate (DND) – не проводити дефібриляцію; Do Not Leave Home (DNLH) – не залишати вдома; Do Not Transfer (DNT) – не перевозити; No Intravenous Lines (NIL) – не встановлювати венозні катетери; No Blood Draws (NBD) – не проводити забір крові; No Feeding Tube (NFT) – не встановлювати зонд для годування; No Vital Signs (NVS) – не перевіряти життєві показники; і так далі [24]. Для того, щоб уникнути непорозумінь, наказ ***Do Not Treat (DNT) – «не лікувати»*** не слід використовувати, оскільки може лишити помираючого пацієнта без паліативного лікування, якого він або вона потребує. Для цього слід використовувати наказ ***Full Comfort Care Only (FCCO) – тільки паліативне лікування в повному обсязі*** [24].

Оскільки стан пацієнта може змінитись із часом, а особливо це стосується пацієнтів відділення інтенсивної терапії, усі **«накази уникнення лікування»** мають часто переглядатись, в тому числі й **DNR**, щоб бути певними в тому, що вони відповідають вибору пацієнта [21].

Випадок містера Бартлінга підтвердив, що доросла людина, що має **«здатність»** (що відрізняється від **«компетентності»** в контексті медичного прийняття рішень), може добровільно відмовитись від лікування, навіть якщо ця відмова призведе до смерті [25].

Здатність означає, що в момент обговорення вибору DNR, пацієнт в змозі адекватно зрозуміти ризики, користі та альтернативи запропоно-

Приклад судової справи (Bartling v. Glendale Adventist Medical Center) (1984)
[Civ. No. B007907. Court of Appeals of California, Second Appellate District, Division
Five. December 27, 1984.]

| | | | | | |
|------|-------------------------------|----------------------------------|---|---|--|
| 1984 | Пацієнт Вільям Бартлінг | Апеляційний суд Каліфорнії | Чоловікові віком 70 років проводиться дихальна підтримка шляхом ШВЛ з приводу легеневої аспірації. В анамнезі – рак на термінальній стадії. Він підписав прижиттєве волевиявлення, що містить відмову від будь якої підтримки життя. Його родина підтримала його рішення. Лікарня та лікуючий персонал відмовили пацієнтові у припиненні життєвої підтримки, стверджуючи, що його рішення диктується депресією. | Апеляційний Суд залишив у силі право пацієнта на самовизначення і відмінив попереднє рішення суду нижчої інстанції, яке підтримало позицію лікарні. | Це рішення, фактично, залишило в силі Рішення Верховного Суду щодо загального закону права на самовизначення (1891) ; кожна людина має повне володіння і контроль над власною особистістю. Доросла людина, що має «здатність» може добровільно відмовитись від лікування, навіть якщо ця відмова призведе до смерті. Це відрізняється від права вимагати лікування в повному обсязі! |
|------|-------------------------------|----------------------------------|---|---|--|

ваного лікування і зробити власний вибір щодо відмови від цього лікування [9]. Це не вимагає від пацієнта пам'ятати про це обговорення в подальшому, і визначається на розсуд лікаря [9]. **Компетентність** зазвичай вимагає оцінки психіатра або судді для визначення здатності пацієнта приймати рішення стосовно його/її фінансових справ або нерухомості [9]. **Людина може мати «здатність», але не мати «компетентності»** [9].

Право на відмову від лікування **відрізняється від права вимагати лікування в повному обсязі!** [25]. **Четвертий принцип** медичної етики стосується цього конфлікту. Іншими словами, принцип **«Справедливості»** вимагає рівного розподілу ресурсів

між даним пацієнтом та соціумом взагалі [8]. У дослідженні «Накази Про Відмову від Реанімації та Ціна Смерті» (“Do Not Resuscitate Orders and the Cost of Death”) Maksoud та співавтори дослідили, чи призводить впровадження завчасних розпоряджень до зменшення витрат у сфері охорони здоров'я наприкінці життя пацієнтів, залежно від того, коли ці розпорядження були написані та реалізовані [25]. Вони переглянули лікарняні картки 852 випадків смертей з 953, що мали місце в даній лікарні. Оцінювана інформація містила статус ресусцитації, вчасність наказів DNR, учасників процесу прийняття рішення, витрати на лікарню та лікарів [26].

З-поміж 852 записів, що проаналізували дослідники, у 73% з них наказ DNR був присутнім на момент смерті [26]. Цікаво, що існує значна розбіжність у використанні наказів DNR в межах лікарні: такий наказ був присутнім у картках 97% померлих в онкологічних відділеннях, у той час як тільки 43% померлих у кардіологічних відділеннях мали наказ DNR у своїх картках [26]. 17% померлих пацієнтів мали наказ DNR ще до надходження [26]. Пацієнти, що померли з наказом DNR, мали довший строк госпіталізації (медіана, 11.0 днів) у порівнянні з пацієнтами, що померли без наказу DNR (6.0 днів); це засвідчує, що впровадження наказів DNR не призводить до більш ранньої смерті [26].

В середньому, обсяг загальних лікарняних витрат на одного померлого пацієнта становив \$61,215. Проте середній обсяг загальних лікарняних витрат на одного пацієнта з попереднім наказом DNR становив \$10,631 у той час як той же показник становив \$73,055 для пацієнтів, у яких наказ DNR був встановлений вже у лікарні [26]. Це дослідження підтримує необхідність проведення обговорень щодо наказів DNR та завчасних розпоряджень пацієнтів з термінальними стадіями захворювань, які з великою ймовірністю надійдуть до лікарні. Також це дослідження ясно показало, що пацієнти з наказами DNR, встановленими ще до надходження, мали менші загальні лікарняні витрати, проте без впливу на строк госпіталізації або більш ранньої смерті [26].

Звісно, отримання згоди родичів на накази DNR не використовувалось і не має використовуватись для зменшення лікарняних витрат, скоріше – для зменшення числа таких втручань як СЛР у тих випадках, коли можна очікувати зупинку серця. В цьому контексті, як останній пункт обговорення наказів DNR, необхідно оцінити перспективу збереження чи відміни наказу DNR у тому випадку, коли тяжкохворому або термінальному пацієнтові необхідно проведення хірургічного втручання із загальною анестезією в комплексі з місцевою анестезією додатково, або ж без неї.

У своїй оглядовій статті Robert M. Walker дослідив, чи мають накази DNR бути рутинно призупинені у випадках, коли термінально хворі пацієнти підлягають паліативному хірургічному лікуванню **у тих реаліях, що існували у 1991 році** [27]. На думку автора, якби накази DNR автоматично призупинялись, пацієнти були б вимушені зважити можливу користь від паліативного хірургічного лікування з огляду на можливі ризики небажаної ресусцитації [27]. З іншої сторони, якби лікарі не мали можливість видавати накази DNR в ході операції, ймовірно, вони б відчували себе неприпустимо обмеженими в плані корекції побічних ефектів, за створення яких вони б відчували свою відповідальність [27].

Автори Truog, Weisel та Burns у своїй статті в журналі «Анестезіологія» у 1999 році обговорили нові настанови Американського Товариства Анестезіологів (American Society of

Anesthesiology, ASA) з приводу призупинення або продовження наказів DNR пацієнтів, яким планується хірургічне втручання та анестезія [28]. Настанови ASA були видані, тому що існувало «занепокоєння, що автоматичне призупинення наказів DNR в умовах операційних блоків не задовольняло в повній мірі право пацієнта на самовизначення з належною відповідальністю та етичністю» [28]. Американський Коледж Хірургів (American College of Surgeons) також підтвердив існування цієї проблеми [28].

Згідно з авторами Truog, Weisel та Burns, статус наказу DNR пацієнтів, що потребують хірургічного лікування, має бути більш детально поділений на підвиди та категорії відповідно до обставин, що можуть виникнути в операційному блоці [28].

В дослідженні 2009 року Waisel та співавтори виявили, що тільки половина опитаних анестезіологів була знайома з дійсними настановами ASA, які вимагали перегляду наказів DNR для пацієнтів, яким планується оперативне втручання [29]. У всіх випадках окрім тих, коли видання наказу DNR може бути зроблено інтраопераційно за вимогою пацієнта або його представника, автоматичне скасування цього наказу в умовах операції ліквідує його первинний намір – підтримати і забезпечити автономію пацієнта, а також попередити ті втручання, які не принесуть користі [29].

Це створює основу для серйозних наслідків. Пацієнтів позбавляють можливості прийняття обґрунтованих

рішень стосовно ресусцитації, а це призводить до нової шкоди внаслідок СЛР проведеної пацієнтам, які її не хотіли [29]. Waisel та співавтори підкреслюють стійку наявність проблем у сучасному використанні наказів DNR. Наприклад, обговорення DNR не проводиться з належною частотою, або ж проводиться настільки пізно в ході захворювання, що пацієнти вже не мають змоги взяти участь у прийнятті рішень стосовно ресусцитації [29]. Крім того, автори стверджують, що багато лікарів не надають достатньо адекватну та детальну інформацію, яка могла б дати можливість пацієнтам або їх представникам зробити проінформований вибір. Частина лікарів безпідставно видають накази DNR з метою обмеження іншого лікування [29].

Jung та співавтори запропонували стратегії «націлені на дані фактори, в тому числі – зміна лікарняної культури, реформування лікарняної політики стосовно обговорення наказів DNR, обов'язкове навчання постачальника медичних послуг комунікативним навичкам, а також використання фінансових стимулів» [30].

Ці пропозиції були покликані сприяти реалізації Акту про Самовизначення Пацієнта (Patient self-determination Act, 1990).

Очевидно, що індукція загальної анестезії (включаючи ендотрахеальну інтубацію) може бути необхідною для проведення паліативних хірургічних операцій, а хімічна ресусцитація може бути необхідною для боротьби з

Приклад судової справи (The Patient Self-Determination Act (PSDA), United States Congress 1990)

| | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------|---|---|--|
| 1990 рік, дійсний з грудня 1991 року | Акт про Самовизначення Пацієнта | Конгрес США | Всі дорослі особи, що отримують медичну допомогу через такі державні програми як Medicare та Medicaid, мають отримати інформацію, що освітлює їх законні права (згідно із Законами Штату) на надання згоди або ж відмови від медичної або хірургічної допомоги, а також право на формування власних завчасних розпоряджень. | Підтверджує право кожної дорослої особи на недоторканість приватного життя, а також право не лікуватись проти його/її власної волі. Це також стосується зондів для годування. | НЕ АБСОЛЮТНО Штат може обмежити право особистої свободи на основі деяких концепцій: 1. Збереження життя 2. Попередження суїциду 3. Захист невинних третіх осіб (неповнолітні діти) 4. Захист етичної цілісності та професійної обачності в медичній професії |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------|---|---|--|

ефектами анестезії та хірургічного втручання. Анестезіологи та хірурги переживають дискомфорт, коли їх позбавляють можливості лікувати те, у виникненні чого вони відчують свій вклад. Але і анестезіологи, і хірурги приймають волю Свідків Єгови, які відмовляються від трансфузій і готові скоріше померти, аніж прийняти чужу кров [27]. Лікарі також розуміють, що відмова від реанімації пацієнта в операційному блоці, якщо це відповідає його волі, в жодному разі не прирівнюється до суїциду з лікарською підтримкою (physician assisted suicide) [27].

Також ймовірно, що наприкінці операції екстубувати пацієнта буде неможливо протягом певного часу. Пацієнт, його представник та родина мають бути проінформованими, що ці заходи самі по собі не прирівнюються до серцево-легеневої ресусцитації. Таким чином, необхідно провести детальне

обговорення з пацієнтом, його родиною або представником, а також з хірургом, анестезіологом та первинним лікуючим лікарем щодо інформованої добровільної згоди, а також щодо можливості проведення СЛР інтраопераційно у випадку зупинки серця. Перед хірургічним втручанням також необхідно обговорити, протягом якого часу пацієнт залишиться інтубованим після операції, якщо його стан погіршиться до стійкого вегетативного стану.

Neville Goodman стверджував: «Слова – це все, що у нас є для описання того, що ми робимо, яким чином ми це робимо, і які висновки ми виводимо з результатів клінічних досліджень. Ми маємо використовувати слова обережно та правильно» [31]. Етична поведінка в медицині повністю диктується нашим спілкуванням з колегами, пацієнтами та їх родинами.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. *JAMA* 1960; 173:1064-1067
2. Jude JR, Kouwenhoven WB, Knickerbocker GG. Cardiac arrest: Report of application of external cardiac massage in 118 patients. *JAMA* 1961; 178:1063-1070
3. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 2003; 31(5):1543-50
4. Symmers WS. Not allowed to die. *BMJ* 1968; 1:442
5. Spiegel D, Stroud P, & Fyfe A. (1998). *Complementary medicine*. The Western Journal of Medicine, 168(4), 241-247
6. Waisel DB, Truog RD. The cardiopulmonary resuscitation not indicated order: futility revisited. *Ann Intern Med.* 1995; 122:304-8
7. Weindling P. *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent*. Palgrave MacMillan, New York, 2004
8. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ* 1994;309:184
9. Berger JM. Ethics in palliative and end of life care. In: *Essentials of Palliative and End of Life Care*, Vadivelu N, Berger J M, Kaye A, Editors. Yale University, Springer N.Y. 2012
10. Cassel EJ. Nature of suffering and the goals of medicine. *NEJM* 1982;306:639-45
11. Truog RD, Brett AS, Frader J. Sounding board: the problem with futility. *NEJM* 1992; 326(23):1560-64
12. Hackler JC, Hiller C. Family consent to orders not to resuscitate. *JAMA* 1990;264:1281-1283
13. Diem SJ, Lantos JD, Tulskey JA. Cardiopulmonary resuscitation on television — miracles and misinformation. *NEJM* June 13, 1996; 334:1578-1582
14. Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3:63-81 (originally published online November 10, 2009)
15. Shmerling RH. Medical myths: CPR: Less effective than you might think. October 23, 2012. On-line <http://www.intelihealth.com> (search term "CPR")
16. *Gilgunn v Massachusetts General Hospital, the Suffolk County Superior Court (42) in Boston (1995)*.
17. Fine RL. Medical futility and the Texas Advance Directives Act of 1999. *Proc Bayl Univ Med Cent.* 2000 Apr; 13(2): 144-147
18. Hippocratic corpus . The Art. In: Reiser SJ, Dyck AJ, Curran WJ, editors. *Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns*. Cambridge, Mass: MIT Press; 1977. pp. 6-7.
19. Raffin TA. Withdrawing life support: how is the decision made? *JAMA* 1995; 273 no 9:738-9
20. Asch DA, Hansen-Flaschen J, and Lanken PN. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physicians' practices and patients' wishes. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1995; 151: 288-92
21. *Salgo v Trustees of Leland Stanford Hospital, California Appeals Court 1957.* (Court ruled that physicians must inform patients of the risks, benefits and alternatives of treatment)
22. *Canterbury v Spence, D.C. Circuit Court, 1972* (Concept of reasonable person).
23. Virtual Mentor. *American Medical Association Journal of Ethics*, July 2010, Volume 12, Number 7: 554-557
24. Universal Out-of-Hospital DNR Systems," Opinion 2.225 Optimal Use of Orders-Not-to-Intervene and Advance Directives, adopted June 2005, (www.virtualmentor.org Virtual Mentor, July 2010—Vol 12 555 of the AMA Code of Medical Ethics Opinions on Seriously Ill Newborns and Do-Not-Resuscitate Orders
25. California Appeals Court 1984 decision in case of William Bartling
26. Maksoud A, Jahnigen DW, Skibinski CI. Do not resuscitate orders and the cost of death. *Arch Intern Med.* 1993;153(10):1249-1253
27. Walker RM. DNR in the OR: Resuscitation as an Operative Risk. *JAMA.* 1991;266:2407-2412
28. Truog, RD, Waisel, DB, Burns, JP. DNR in the OR; A goal directed approach. *Anesthesiology* 1999;90 No1:289-95
29. Waisel DB, Simon R, Truog RD, Baboolal H, Raemer DB. Anesthesiologist management of perioperative do-not-resuscitate orders: a simulation-based experiment. *Simul Healthc.* 2009;4(2):70-76
30. Yuen JK, Reid MC, Fetters MD. Hospital do-not-resuscitate orders: Why they have failed and how to fix them. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(7): 791-797
31. Goodman N. Neither obsession nor distraction: words must be chosen well. *Anesth Analg* 1998;87:742-3