КАЗНУ ИМ. АЛЬ-ФАРАБИ · ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Биоэтика · Лекция 7

Ограничение жизнеподдерживающей терапии при нарушениях сознания

Этика и практика: разбор обзора Lissak I.A., Young M.J. (Brain, 2024)

Раушанова А.М.
и.о. профессора кафедры ЭБиДМ ФМиЗ КазНУ им. аль-Фараби

Алматы · 2026

О ЗАНЯТИИ

Цель и вопросы занятия

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ

На примере обзорной статьи разобрать этические принципы и практические аспекты решений об ограничении жизнеподдерживающей терапии у пациентов с нарушениями сознания.

РАССМАТРИВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

1. Ограничение ЖПТ в практике ОРИТ
2. Четыре принципа биоэтики как рамка решения
3. Почему нарушения сознания — особый случай
4. Неначало и прекращение терапии; «правило 28 дней»; острая и хроническая фазы
5. Диагностическая неопределённость и самосбывающийся прогноз
6. Боль, «хороший исход» и роль врача в решении семьи
7. Различия между странами; религиозные позиции; рамка ответственного решения

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Что ожидаем по итогам занятия

Знать

- принципы, применимые к решениям об ограничении ЖПТ
- различие неначала и прекращения терапии
- источники диагностической и прогностической неопределённости

Уметь

- распознавать риск самосбывающегося прогноза
- обсуждать с семьёй цели лечения с учётом ценностей пациента
- учитывать культурные и религиозные позиции

Владеть

- навыком структурированного этического анализа решения о ЖПТ

Результаты занятия — часть итоговых компетенций цикла: распознать этическую проблему, проанализировать её с позиций принципов и норм права и принять обоснованное решение.

Ограничение ЖПТ — обычная практика ОРИТ

до 90%

смертей в ОРИТ (США, Канада, Европа) происходят на фоне ограничения жизнеподдерживающей терапии

Фрагмент статьи · с. 2274

> Limitation of LST (LLST) has become common practice in the USA, Canada and Europe, with some reports describing as many as 90% of deaths in intensive care units (ICUs) as occurring in the context of LLST.[2-4]

Жизнеподдерживающая терапия (ЖПТ)

Лечение, без которого пациент умер бы: ИВЛ, вазопрессоры, диализ, искусственное питание и гидратация, антибиотики.

Ограничение ЖПТ — это и неначало, и прекращение такого лечения.

Четыре принципа биоэтики задают рамку решения

Благодеяние

Максимизировать пользу для пациента

Непричинение вреда

Не причинять страдания и вреда

Автономия

Право пациента определять лечение в соответствии со своими целями

Справедливость

Различия в практике не должны порождать неравенство

Фрагмент статьи · с. 2274

> The principles of beneficence and non-maleficence highlight the moral responsibility of clinicians to maximize the benefit for patients and not inflict harm.[5]

Сложность — не в самих принципах, а в том, как применить их, когда пациент не может выразить свою волю.

Почему нарушения сознания — особый случай

Другие тяжёлые пациенты

Главный вопрос: «Выживет ли пациент?»

Нарушения сознания

«Восстановится ли сознание?»

«Будет ли качество жизни приемлемым для самого пациента?»

Фрагмент статьи · с. 2275

> This further complicates decisions around LLST because the question shifts from ‘Will a patient survive?’ to questions like ‘Will this patient ever regain consciousness?’ or ‘Will this patient recover to a quality of life that would be acceptable to them?’

- Пациент всегда недееспособен
- Предварительных распоряжений обычно нет: повреждение внезапно
- Разнородность причин и траекторий восстановления
- Восстановление возможно спустя месяцы и годы

Неначало и прекращение терапии: этически равны?

Неначало (withholding)

Не начинать новое вмешательство. Пример: приказ «не интубировать».

Прекращение (withdrawing)

Прекратить уже начатое. Пример: экстубация пациента, зависимого от ИВЛ.

Фрагмент статьи · с. 2275

> For example, a 'Do Not Intubate' (DNI) order directing a clinician to not intubate a patient in the case of respiratory decline is a directive to withhold LST, whereas extubating an intubated patient who remains ventilator-dependent constitutes withdrawal of LST.

Фрагмент статьи · с. 2275

> In a separate survey study of physicians and nurses, only 34% reported that they view withdrawing and withholding LST to be ethically equivalent,[21]

34%

врачей и медсестёр считают их этически равнозначными

Большинство биоэтиков признают их равнозначными, но врачам психологически тяжелее прекращать. Ограничение ЖПТ — не эвтаназия: врач не ускоряет смерть активно.

Правило 28 дней: не спешить с плохим прогнозом

0

Повреждение мозга

максимальная неопределённость

2–3 нед.

Трахеостомия и гастростомия

«окно возможностей»

28 дней

Не раньше — однозначно плохой прогноз

рекомендация AAN, 2018

Месяцы–годы

Хроническая фаза

восстановление замедляется

Фрагмент статьи · с. 2276

> The 2018 American DoC clinical practice guidelines emphasize the importance of delaying neuroprognostication, recommending a 28-day waiting period before communicating any universally poor statements about prognosis with surrogates of patients with DoC following brain injury.[42]

Пробное лечение с ограниченным сроком

Стабилизация и максимальная терапия дают время увидеть траекторию; затем решение принимается на основе большей информации.

Острая и хроническая фазы ставят разные дилеммы

Острая фаза

Часы–недели. Максимальная неопределённость прогноза. Риски: неприятие неопределённости, терапевтический нигилизм, самосбывающийся прогноз.

Хроническая фаза

Месяцы–годы. Прогноз яснее, но решение эмоционально тяжелее: семья в роли ухаживающих, отмена искусственного питания.

Фрагмент статьи · с. 2276

> The nature and cadence of these interventions create a ‘window of opportunity’ where surrogates may sense urgency to make LLST decisions, knowing that their loved one could have a relatively fast pain-free death, especially if the counterfactual scenario entails possibilities of prolonged perceived suffering.[55]

Семьи 51 пациента: тревожит не сама смерть, а процесс — «смерть от голода и жажды».

Диагностическая неопределённость у постели больного

до 40%

пациентов в состоянии минимального сознания ошибочно диагностируют как вегетативное состояние

Фрагмент статьи · с. 2277

> some estimating that patients in MCS are misdiagnosed as being in VS/UWS up to 40% of the time.[75-77]

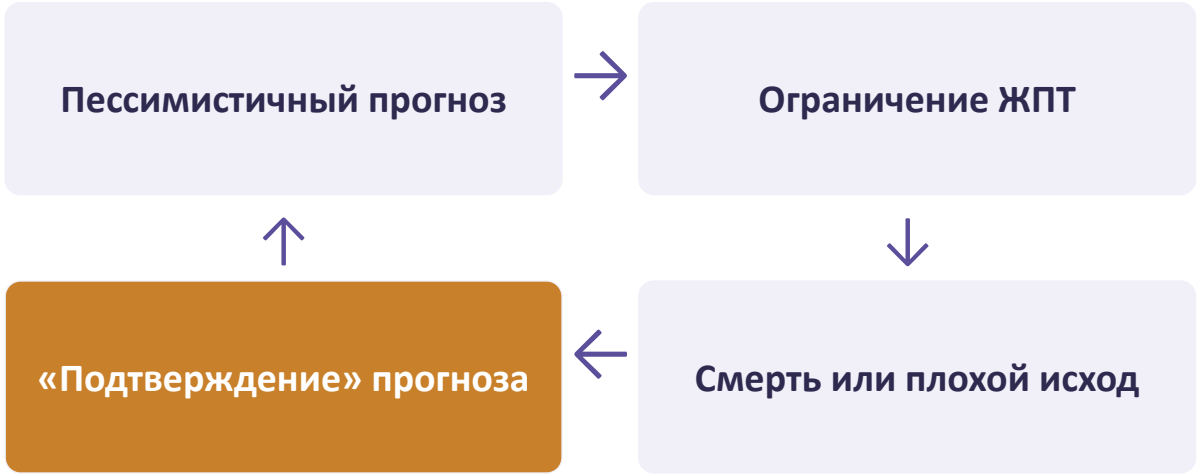
Шкала CRS-R

«Золотой стандарт», но занижает уровень сознания при афазии и когнитивно-моторной диссоциации; трудно отличить рефлекс от произвольного ответа.

Скрытое сознание

ТМС-ЭЭГ, количественная ЭЭГ, фМРТ выявляют сознание, не видимое у постели. Ограничения: цена и доступность.

Прогноз может стать самосбывающимся пророчеством



2,3%

пациентов с инсультом, переведённых на «только комфорт», выписаны в реабилитацию

Неопределённость как возможность

Не устраняет её, а честно включает в решение — защита от преждевременного ограничения ЖПТ.

Фрагмент статьи · с. 2278

A study of acute stroke patients found that 2.3% of patients who had a code status change to comfort-measures only during hospitalization were discharged to acute rehabilitation centres.[94]

Фрагмент статьи · с. 2278

Following an appraisal of uncertainty, surrogates and clinicians can approach it in one of two ways: with a framework of uncertainty as a source of danger or with a framework of uncertainty as opportunity.

Боль, которую нельзя спросить

90%

родственников пациентов в вегетативном состоянии уверены, что пациент чувствует боль

Фрагмент статьи · с. 2278

> One study found that 90% of family members of patients in VS/UWS reported that the patient could perceive pain.[102]

Чаще приписывают боль пациенту в ВС: средний медперсонал, врачи старшего возраста и верующие.

Довод «за» ограничение

Если пациент осознаёт и страдает, продление жизни продлевает страдание.

Довод «против»

Способность чувствовать боль — признак способности испытывать и приятное. Боль лечат анальгезией.

Что считать «хорошим исходом» — решает не врач

Выжить	Вернуть сознание	Вернуться к прежнему уровню	**Достичь определённого качества жизни**

Для разных людей «хороший исход» начинается на разных ступенях

Парадокс инвалидности

Люди с тяжёлой инвалидностью часто оценивают качество жизни как хорошее, хотя здоровыми они бы этого не предсказали.

Гедоническая адаптация

Желания и ценности меняются вместе с возможностями — прежняя воля может не совпадать с нынешней.

Фрагмент статьи · с. 2279

> For example, if a patient had previously expressed the wish: 'If doctors predict I am unable to ride my bike than I don't want to continue with invasive interventions,'

Фрагмент статьи · с. 2279

> The disability paradox describes the preconception among able-bodied persons that life with a disability is worse than it is.[114] In fact, individuals with severe disabilities can and often do report a good or excellent quality of life, even though their able-bodied selves would not have predicted that to be the case.[114-116]

Позиция врача влияет на решение семьи

80%

врачей из 32 стран Европы считают хроническое вегетативное состояние хуже смерти

46%

родственников сообщили о конфликте, чаще — о давлении из-за ресурсов

- Советующий стиль (сначала прогноз, затем ценности) связан с более частым ограничением ЖПТ
- Прогностический нигилизм и эйблизм ведут к самосбывающимся прогнозам
- Защита: чек-листы прогноза, обсуждение ценностей до сообщения прогноза, доверие и единые сообщения

Фрагмент статьи · с. 2280

> The same survey found that 80% of clinicians expressed a view that chronic VS is worse than death, which they also believed was a perspective shared by many patients' families.[110]

Практика различается между странами — и внутри них

Чаще ограничивают

Северная Европа, Австралия и Новая Зеландия, Северная Америка (Ethicus-2, 36 стран)

Реже ограничивают

Африка, Латинская Америка, Южная Европа. В Японии прекращение ЖПТ остаётся табу

Великобритания, 127 ОРИТ: доля ограничения ЖПТ



0% 96%

Различия между больницами одной страны больше, чем между странами.

Фрагмент статьи · с. 2281

> In 127 ICUs uniformly located across the UK, LLST rates range from 0% to 96% of patients.[149]

Религиозные позиции по ограничению ЖПТ

Традиция	Неначало и прекращение	Искусственное питание
Буддизм	Равнозначны; ограничение допустимо при страдании	Не обязательно; отказ допустим
Католицизм	Допустимо при «чрезвычайных» мерах без пользы	Нет консенсуса; Иоанн Павел II: отмена при стойком ВС недопустима
Индуизм	Нет единых правил; учитывается карма	Отмена возможна по решению семьи
Ислам	Прекращение допустимо, если смерть неизбежна	Прекращение не допускается
Иудаизм	Различаются; ортодоксальный — прекращение лишь при смерти в течение 3 дней	Обычно обязательно; консервативный — допускает отмену

Фрагмент статьи · с. 2282

> If death is considered inevitable, the Islamic faith contends that life support can be withdrawn.[174] The termination of ANH as a means of LLST is generally not permitted as starvation is strictly prohibited according to the Islamic faith.[175]

Принадлежность к религии ≠ следование всем её положениям: позицию нужно выяснять у семьи.

Рамка ответственного решения о ЖПТ

1. **Признавать прогностическую неопределённость**
2. **Снижать диагностическую неопределённость**
3. **Говорить с семьёй о целях и ценностях**
4. **Определять «хороший исход» с позиции пациента**
5. **Обеспечивать обезболивание и комфорт**
6. **Учитывать культуру и религию**
7. **Привлекать этиков и паллиативную службу**
8. **Унифицировать процедуры ограничения ЖПТ**

Фрагмент статьи · с. 2283

> What is in the best interests of a given patient intimately depends on their preferences, goals and values which are deeply personal and often must be intuited by surrogates.

Цель — помощь, согласованная с целями пациента, и защита от преждевременного ограничения ЖПТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы

1 Обычная практика

До 90% смертей в ОРИТ происходят на фоне ограничения ЖПТ. Неначало и прекращение этически равнозначны, и это не эвтаназия.

2 Особый случай

При нарушениях сознания вопрос не «выживет ли», а «восстановится ли сознание и будет ли жизнь приемлемой для самого пациента».

3 Неопределённость

До 40% пациентов в состоянии минимального сознания ошибочно относят к ВС. Ранний пессимизм может стать самосбывающимся прогнозом — отсюда правило 28 дней.

4 Ценности пациента

«Хороший исход» определяет пациент, а не врач. Позиция врача влияет на семью — ценности стоит обсуждать до прогноза.

5 Контекст

Практика различается между странами и даже больницами. Религиозную позицию выясняют у конкретной семьи, а не по принадлежности.

ГЛАВНОЕ

Решение об ограничении ЖПТ — совместное: честно признанная неопределённость, ценности пациента и защита от преждевременного ограничения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Вопросы для обсуждения материала

1. Почему неначало и прекращение терапии этически равны, но психологически воспринимаются по-разному?
2. Как пессимистичный ранний прогноз может стать самосбывающимся пророчеством?
3. Кто должен определять, что считать «хорошим исходом» для пациента?
4. Как поступить, если семья настаивает на продолжении терапии, которую врачи считают бесполезной?
5. Какие меры снижают диагностическую неопределённость при нарушениях сознания?
6. Чем прекращение искусственных мер после констатации смерти мозга (ст. 153 Кодекса РК) отличается от ограничения ЖПТ у живого пациента?
7. Как религиозные традиции пациентов влияют на решения об искусственном питании?