

POSTAWY RODZICÓW I PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA WOBEC NOWORODKÓW URODZONYCH NA GRANICY ZDOLNOŚCI ŻYCIOWYCH

ATTITUDES OF PARENTS AND WORKERS HEALTH TO NEWBORNS, BORN CAPACITY OF VITAL

Magdalena Napiórkowska-Orkisz¹, Jolanta Olszewska²

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

² Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.11>

STRESZCZENIE

Postępy w opiece perinatalnej sprawiły, iż wzrosły możliwości przeżycia skrajnie niedojrzałych noworodków. Resuscytacja i uporczywa terapia pozwalają utrzymać te dzieci przy życiu, niejednokrotnie wydłużając proces umierania. Rodzi to wątpliwości natury etycznej. Decyzję o podjęciu, zaniechaniu czy ograniczeniu działań medycznych podejmuje zespół leczący. Wśród specjalistów widoczne jest zróżnicowanie poglądów dotyczących stosowania leczenia ratującego i przedłużającego życie. Często wykorzystuje się strategię wyczekiwania. Największy wpływ na podjęcie decyzji mają uwarunkowania społeczno-kulturowe i religijne lekarzy. Znacząca większość rodziców uważa, iż powinno się podejmować wysiłki uratowania wszystkich dzieci, niezależnie od ich stanu zdrowia czy wagi urodzeniowej. Niewielu, bo tylko 6%, lekarzy neonatologów podziela ten pogląd. Jeśli zaś chodzi o pielęgniarki i położne – staż pracy ma bardzo duży wpływ na opinie. Pielęgniarki z krótszym stażem częściej wybierały intensywną terapię ratującą życie, z dłuższym stażem – opiekę paliatywną. Ważnym elementem jest wiedza medyczna dotycząca wskaźników przeżycia i możliwości prawidłowego rozwoju skrajnych wcześniaków. Decyzje muszą być podejmowane indywidualnie dla każdego pacjenta. W sytuacji gdy nie ma szansy na uratowanie życia, priorytetem staje się ochrona dziecka przed niepotrzebnym cierpieniem. Odstąpienie od uporczywej terapii jest akceptacją naturalnego przebiegu choroby i naturalnej śmierci. Należy więc wdrożyć opiekę paliatywną, która ukierunkowana jest na poprawę jakości życia noworodka w jego ostatnim okresie.

Słowa kluczowe: neonatologia, wcześniak skrajnie niedojrzały, intensywna terapia, resuscytacja, etyka.

ABSTRACT

Advances in perinatal care have made an increased chance of survival extremely immature neonates. Resuscitation and persistent therapy can keep these children alive, often prolonging the dying process. This raises ethical concerns. The decision to take, omission or limitation of medical team treating taken. Among the specialists is visible diversity of views on the use of salvage therapy and prolonged life. Often used the strategy of waiting. The biggest influence on the decision to socio-cultural and religious practitioners. The vast majority of parents believe that it ought to make efforts to rescue all children, regardless of their health status, or birth weight. Not much, because only 6% of physicians neonatologists shares this view. Among the nurses and midwives – seniority has a very big influence on opinions. Nurses with less experience often chose an intense life-saving therapies, with longer experience – palliative care. An important element is the medical knowledge on the survival rates and the possibility of normal development of extreme prematurity. Decisions must be made individually for each patient. In a situation where there is no chance of saving his life, it becomes a priority to protect the child from unnecessary suffering. Withdrawal from persistent therapy is acceptance of the natural course of the disease and natural death. It is therefore wdróżyć palliative care, which is aimed at improving the quality of life of the newborn in his last period.

Keywords: neonatology, premature extremely immature, intensive care, resuscitation, ethics.

Wstęp

Skrajne wcześniactwo stanowi szczególny problem w neonatologii. Znaczny rozwój tej dziedziny medycyny poprawił szanse przeżycia noworodków o znacznej niedojrzałości i z ekstremalnie niską masą urodzeniową. Resuscytacja i uporczywa terapia pozwalają utrzymać te dzieci przy życiu. Rodzi to jednak wątpliwości natury etycznej. Niejednokrotnie prowadzona resuscytacja prowadzi do przywrócenia czynności serca, nie umożliwia

życia w zdrowiu, a tylko wydłuża proces umierania. Odstąpienie od resuscytacji, uporczywego leczenia w przypadku złego rokowania może okazać się najlepszym rozwiązaniem. Decyzja ta jest trudna. Mały pacjent sam nie ma głosu – o jego sytuacji debatują lekarze neonatolodzy, położne i rodzice. Mówimy wtedy o sumieniu ludzi, którzy na co dzień spotykają się z takimi dylematami, zmagają się z wielką odpowiedzialnością.

Porównanie trzech postaw i sposobów postępowania względem nieuleczalnie chorych

Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego. Wiąże się ona z nadmiernym cierpieniem i naruszeniem godności pacjenta [1]. Uporczywa terapia wyraża brak zgody na śmierć. Odstąpienie od uporczywej terapii jest akceptacją dla naturalnego przebiegu choroby i naturalnej śmierci [2]. Leczenie przedłużające życie odnosi się do każdej metody, która odwleka śmierć pacjenta, i obejmuje: resuscytację krążeniowo-oddechową, sztuczną wentylację, specjalistyczne metody leczenia poszczególnych chorób takie jak: dializa, chemioterapia, antybiotykoterapia, sztuczne żywienie i nawadnianie [3]. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych – łagodzenia bólu, karmienia, nawadniania [1].

W sytuacji gdy nie ma szansy na uratowanie życia czy wyleczenie noworodka, priorytetem etycznym staje się ochrona dziecka przed niepotrzebnym cierpieniem, a przedłużanie życia przestaje być celem. Zadawanie cierpienia poprzez stosowanie uporczywej terapii jest jatrogenne, nieuzasadnione, bezwartościowe i bezskuteczne. Jest błędem w sztuce lekarskiej [3]. Odstąpienie od uporczywej terapii jest jednoznaczne w przypadku, gdy nie ma wątpliwości, iż noworodek jest nieuleczalnie chory, obciążony wadą letalną i nie ma żadnych szans na przeżycie. Niestety zdecydowanie częściej sytuacja ta nie jest tak klarowna. Trudność w rozpoznaniu stanu agonii wynika z braku specyficznych objawów [2]. Postawa lekarza i zespołu medycznego rezygnującego z prowadzenia uporczywej terapii na rzecz opieki paliatywnej (postawa hospicyjna) opiera się na koncepcji praw dziecka, którą w 1918 roku wprowadził do pediatrii Janusz Korczak. Została ona współcześnie rozwinięta i zapisana w *Karcie Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu*. Dokument ten głosi m.in., iż dzieciom śmiertelnie chorym przysługuje całościowa opieka hospicjum domowego, zapewniająca adekwatne do potrzeb leczenie paliatywne nakierowane na poprawę jakości życia. Dzieci te powinny być chronione przed bólem, cierpieniem oraz zbędnymi zabiegami leczniczymi i badaniami [4].

Opieka paliatywna traktuje umieranie jako normalny proces. Nie zamierza przyśpieszać ani odwlekać śmierci. Ma na celu ochronę godności dziecka, ochronę przed uporczywą terapią i działaniami jatrogennymi. Zachowuje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad pacjentem. Oferuje system wsparcia pomagający rodzinie radzić sobie podczas choroby pacjenta, a także w okresie żałoby. Skuteczna opieka paliatywna może być zapewniona w ośrodkach III stopnia referencyjności, ośrodkach rejonowych,

a nawet w domach dzieci [3]. Opieka podstawowa obejmuje: serdeczność, schronienie, zabiegi higieniczne, leczenie bólu i innych objawów powodujących cierpienie (wymioty, duszności) oraz doustne żywienie i pojenie, a także podanie leku w celu ulgi w bólu lub cierpieniu [3].

Eutanazja bierna jest to zaniechanie procedur medycznych lub podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, karmienia i nawadniania – z intencją pozbawienia życia pacjenta nieuleczalnie chorego [5].

Ważne jest więc dokonanie wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy: intensywną terapią (leczenie przedłużające życie, gdy istnieje szansa wyleczenia), uporczywą terapią (przedłużanie procesu umierania), odstąpieniem od leczenia przedłużającego życie na rzecz opieki paliatywnej, gdy szansa na wyleczenie jest znikoma (rezygnacja ze środków nadzwyczajnych, zapewnienie środków zwyczajnych) i eutanazją (działanie z intencją pozbawienia życia motywowane współczuciem).

Postawy lekarzy wobec noworodków krytycznie chorych

Osobą bezpośrednio odpowiedzialną za opiekę medyczną udzielaną noworodkowi urodzonemu na granicy możliwości przeżycia jest lekarz. Decyzję o podjęciu, zaniechaniu czy ograniczeniu działań medycznych podejmuje zespół leczący, a w niektórych przypadkach szpitalne komisje etyczne, a nawet sąd [6].

Wśród specjalistów widoczne jest zróżnicowanie poglądów dotyczących stosowania leczenia ratującego i przedłużającego życie w grupie noworodków krytycznie chorych. Amerykańscy lekarze uważają, że gorszą decyzją jest dopuszczenie do śmierci noworodka mogącego żyć w zdrowiu niż ocalenie dziecka, które będzie ciężko chore [7]. Również wśród polskich lekarzy można znaleźć podobne postawy – grupa neonatologów ratuje każde dziecko, które urodzi się żywe. Podejmują decyzję o odstąpieniu od leczenia tylko w dwóch przypadkach: gdy mają pewność, że noworodek obciążony jest wadą letalną i nie ma szans na dalszą egzystencję, oraz kiedy resuscytacja nie przynosi żadnych rezultatów przez dłuższy czas. Niedotlenienie bowiem powoduje nieodwracalne uszkodzenia mózgu [8].

Na decyzję tę mają wpływ: przekonanie, iż zadaniem lekarza jest ratowanie życia ludzkiego, doktryna Kościoła katolickiego o świętości życia, ale także kwestia typowo medyczna, jaką jest niepewność długoterminowego rokowania. W przypadku wcześniaków urodzonych poniżej 26. tygodnia ciąży i o wadze mniejszej niż 1000 g mówi się o tak zwanej zasłonie niepewności (niepewności co do oceny przeżywalności i rozwoju noworodka). Jak podaje piśmiennictwo, spośród dzieci z wagą uro-

dzeniową poniżej 750 g połowa może zostać uratowana, a połowa umrze. Niestety w momencie urodzenia nie jesteśmy w stanie przewidzieć, do której grupy zakwalifikować danego noworodka. Dlatego też w neonatologii często stosuje się strategię wyczekiwania. W USA nazwano ją „lecz i czekaj aż do uzyskania pewności”. W Polsce jest to „zasada reanimacji wyczekującej” [9]. „Zasłona niepewności” może prowadzić do zwiększenia częstości agresywnych terapii. Należy pamiętać, iż medycyna jest nauką i sztuką. Jako nauka operuje danymi statystycznymi, jako sztuka musi odnosić te dane do konkretnych pacjentów [2]. Podejmując decyzję, lekarz ma obowiązek kierować się obowiązującymi przepisami prawa, standardami etycznymi i medycznymi, a także własną mądrością moralną. Ratowanie życia skrajnych wcześniaków wiąże się z koniecznością zapewnienia im dalszej opieki specjalistycznej przez wiele lat, a w przypadku osób niepełnosprawnych/upośledzonych – przez całe życie. Względy ekonomiczne nie mogą mieć wpływu na podejmowane przez lekarza decyzje. Ograniczenie procedur medycznych może być wyłącznie motywowane chęcią obrony noworodka przed niepotrzebnym cierpieniem [6].

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że największy wpływ na podjęcie decyzji mają uwarunkowania społeczno-kulturowe i religijne lekarzy [10]. Postawa opowiadająca się za uporczywą terapią może być spowodowana również wiarą w pogląd, że doświadczenia bazujące na próbach ratowania życia mogą w przyszłości poprawić wyniki leczenia innych pacjentów. Bez względu na to, jakie argumenty moralne i procesy psychologiczne skłaniają lekarzy i rodziców do stosowania uporczywej terapii, Polskie Towarzystwo Pediatryczne uznaje ją za niewłaściwą i niepożądaną z powodu negatywnych skutków doświadczanych przez noworodka [3]. Są zasady etyczne, z którymi nasze postępowanie musi być zgodne: czynić dobro, nie szkodzić, respektować autonomię człowieka i postępować zgodnie z prawem [11].

W 2008 roku w Polsce na 309 oddziałach neonatologii i intensywnej terapii przeprowadzono badania na temat praktyki powstrzymania się od resuscytacji. Badania te donoszą, iż decyzje DNR (ang. *do-not-resuscitate*) podejmowane były na 146 oddziałach (48%), w tym: na oddziałach intensywnej terapii – 100%, na oddziałach neonatologicznych III stopnia referencyjności – 82%, na oddziałach neonatologicznych II stopnia referencyjności – 54%, na oddziałach neonatologicznych I stopnia referencyjności – 29%. Badane zespoły lekarskie zapytano o kryteria, które powinno się brać pod uwagę, gdy rozpatrujemy możliwość DNR. Do najważniejszych zaliczono: rokowanie co

do możliwości wyleczenia choroby, stanowisko rodziców noworodka, rokowanie co do możliwości względnej poprawy stanu zdrowia i jakości życia. Kolejno wymieniono: jednomysłność lekarzy, kariotyp oraz cierpienie dziecka związane z leczeniem w szpitalu [3].

Kodeks Etyki Lekarskiej mówi w art. 30: „Lekarz powinien dążyć wszelkimi starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienie chorego w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”. W art. 32 czytamy: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych [12]. Według badań 85% respondentów twierdzi, że *Kodeks Etyki Lekarskiej* zezwala na DNR w przypadkach wyczerpania możliwości leczenia dziecka bądź realnych szans na uzyskanie remisji. Podobnie etyka katolicka, zdaniem 67% respondentów, zezwala na DNR w takich przypadkach [3].

Postawy rodziców wobec leczenia przedłużającego życie noworodków

Dostępne dane informują, że dla wielu rodziców śmierć dziecka w oddziale intensywnej opieki jest najgorszym rozwiązaniem. Przeżycie potomstwa z niepełnosprawnością jest nadzwyczaj dobrze przyjmowane. Znacząca większość rodziców uważa, iż powinno się podejmować wysiłki uratowania wszystkich dzieci, niezależnie od ich stanu zdrowia czy wagi urodzeniowej. Niewielu, bo tylko 6%, lekarzy neonatologów podziela ten pogląd [9]. Bardzo wysokie wskaźniki chorobowości i umieralności oraz wysoką częstość uszkodzeń układu nerwowego i zaburzeń psychoruchowego rozwoju obserwuje się u noworodków urodzonych przed 28. tygodniem ciąży [13].

Wpływ prawa rodziców do współdecydowania o życiu i śmierci noworodków krytycznie chorych niesie za sobą pewne niebezpieczeństwo. W obawie przed posiadaniem dziecka niepełnosprawnego rodzice mogą nie wyrazić zgody na resuscytację [6]. Poród przedwczesny jest doświadczany przez rodziców jako trauma psychologiczna. Zagrożenie życia noworodka oraz wysokie ryzyko zaburzeń jego rozwoju są dla nich źródłem stresu. Rodzicom nieustannie towarzyszy lęk o życie dziecka, lęk przed jego niepełnosprawnością [14]. Z drugiej strony rodzice dziecka mogą wymuszać na specjalistach leczenie przedłużające życie i cierpienie, nie pozwalając tym samym na godną śmierć. Jest to związane ze zbyt optymistycznymi oczekiwaniami rodziców. Winę ponosi tu niedostrzeżenie w rodzicach partnera zdolnego podejmować właściwe decyzje. Konieczne jest omówienie z rodzicami szans dotyczących

przeżycia dziecka, jego rozwoju. Przekazywane informacje powinny być prawdziwe, wyczerpujące i zrozumiałe. Należy pozwolić rodzicom dziecka na wyrażanie własnych opinii i poglądów. Nie należy jednak oczekiwać od rodziców ostatecznych deklaracji. Dyskusja musi być wolna od jakichkolwiek nacisków. Rodzice pacjenta muszą mieć poczucie, że dla dobra ich dziecka uczyniono wszystko, co możliwe [6].

Pozostawienie rodzicom ciężaru wyboru jest oceniane jako niewłaściwe, nieprofesjonalne i nieetyczne. Podjęcie ostatecznej decyzji jest obowiązkiem lekarza [2]. Większość rodziców nie ma chęci wypowiedzenia ostatecznego słowa skutkującego decyzją o zaprzestaniu intensywnej terapii, a tym samym pozwalającą na śmierć dziecka. Jeżeli wyrażą taką zgodę – mają poczucie winy. Dlatego tak ważne jest podkreślenie faktu, że na rodzicach nie spoczywa ostateczna odpowiedzialność za podejmowane decyzje [6]. Piśmiennictwo informuje, iż rodzice – za których decyzje dotyczące życia ich dziecka podejmowali lekarze – nie doznali poczucia winy, a ból psychiczny po stracie dziecka był mniejszy [2].

Opinia pielęgniarek i położnych oddziałów neonatologicznych

Podjęcie decyzji krytycznych w neonatologii – dotyczących odstąpienia od resuscytacji czy zaprzestania leczenia – powinno być dokładnie przeanalizowane przez cały zespół sprawujący opiekę nad noworodkiem. Problem ten dotyka więc nie tylko lekarzy, ale również położne i pielęgniarki pracujące na OITN. W 2011 roku na oddziałach neonatologicznych szpitali w Lublinie, Gdańsku i Kiecach przeprowadzono badania, których celem było poznanie opinii pielęgniarek i położnych na temat podejmowania resuscytacji skrajnych wcześniaków. Respondentki zdecydowanie popierały działania mające na celu ratowanie wcześniaków; 91,89% twierdzi, iż w opiece nad wcześniakami najważniejsza jest terapia ratująca życie. Według położnych i pielęgniarek nie można oznaczyć granicy masy ciała noworodka ani wieku ciążowego, w których można podjąć resuscytację – każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie. Połowa respondentów zaznacza, iż rodzice powinni brać czynny udział w procesie podejmowania decyzji o rezygnacji z uporczywej terapii. Okazało się, że staż pracy ma bardzo duży wpływ na opinie pielęgniarek i położnych. Położne z krótszym stażem częściej wybierały intensywną terapię ratującą życie, z dłuższym stażem – opiekę paliatywną. Starsze wiekiem respondentki częściej zgadzały się na zaniechanie resuscytacji [15].

Poczucie winy i odpowiedzialność neonatologów

Dla lekarzy ryzykiem najgorszym z możliwych jest dopuszczenie do śmierci noworodka, który mógłby przeżyć i wieść życie dobrej jakości. Najbardziej powszechnym źródłem moralnego stresu neonatologów jest jednak uczucie winy z powodu cierpienia ciężko upośledzonych dzieci. Jest to bezpośrednim rezultatem lekarskich decyzji i działań [2]. Wydaje się oczywistym, że o życie ludzkie należy walczyć zawsze. Nieetycznym jest odrzucanie istot „odmiennych”, do których zaliczyć możemy noworodki skrajnie niedojrzałe. Dlatego też lekarze neonatolodzy podejmują ogromny wysiłek ratowania swoich małych podopiecznych. Potem niejednokrotnie obserwują ich wielomiesięczne zmagania z chorobą, które niestety nie zawsze kończą się pomyślnie [10]. Granica przeżywalności noworodków nieustannie się przesuwają. W latach 60. ub. wieku noworodki urodzone w 34. tygodniu z wagą 2000 g nie przeżywały. Dziś przeżywa połowa wcześniaków o wadze 750 g [16]. Niepodjęcie leczenia, a tym samym zaprzestanie ratowania życia jest jednym z największych dylematów etycznych, z którymi mają do czynienia lekarze neonatolodzy. Zakres tego dylematu opisuje przypadek z Kliniki Neonatologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 34, matka dwóch dorosłych, zdrowych córek, zgłosiła się na salę porodową w 22. tygodniu ciąży z czynnością skurczową mięśnia macicy. Urodziła wcześniaka płci żeńskiej o masie ciała 480 g, w stanie ogólnym średnim (5 pkt. Apgar). Akcja serca wynosiła 80–90 uderzeń na minutę. U noworodka stwierdzono miernego stopnia duszność wdechowo-wydechową. Biorąc pod uwagę cechy wybitnej niedojrzałości (bardzo cienka skóra, zrośnięte szpary powiekowe), jak również to, iż noworodek nie spełniał wytycznych do podjęcia resuscytacji – odstąpiono od tego działania [17]. Za potencjalnie zdolne do życia uznawano noworodki ważące po urodzeniu co najmniej 500 g lub mniejsze, jeśli pochodzą z ciąży trwającej powyżej 22. tygodnia [18]. Początkowo decyzja wydawała się dość prosta. Ułożono dziecko w inkubatorze. Przez kolejne 5 godzin stan dziecka pozostawał stabilny. Akcja serca wzrosła do 120 uderzeń na minutę, saturacja w granicach normy. Wykonano dziecku badanie USG mózgowia. Nie stwierdzono (poza niedojrzałością) zmian. Sytuacja skomplikowała się. Pacjent swoją postawą, siłą, chęcią walki o życie dawał podstawę do zadania sobie pytania: „Może jednak uda nam się uratować to dziecko? Może akurat ono będzie tym pierwszym, najmniejszym, które przeżyje?”.

Zdecydowano, by je zaintubować i zastosować oddech zastępczy. W kolejnych dobach życia nie udało się przezwyciężyć wentylacji mechanicznej. W badaniach USG zdiagnozowano krwawienie II stopnia, przez długi okres nie udało się wprowadzić żywienia enteralnego. Pomimo odpowiedniego leczenia (sterydoterapii) nie udało się uniknąć zmian o charakterze dysplazji oskrzelowo-płucnej, okulista potwierdził w badaniu retinopatię III/IV stopnia. W 164. dobie życia dziecka jego stan uległ gwałtownemu pogorszeniu, stwierdzono niedodmę oraz stan zapalny. Pomimo agresywnej antybiotykoterapii, wysokich parametrów respiratora nie udało się uzyskać poprawy stanu pacjenta. Dziecko zmarło w 165. dobie życia, z masą ciała 1820 g. Lekarze neonatolodzy podjęli wyzwanie, rozpoczęli walkę o życie swojego małego bezbronno pacjenta. W miarę upływu czasu przemyślenia neonatologów, położnych opiekujących się noworodkiem zmieniały charakter. Dziecko zmarło, wątpliwości pozostały. Lekarze Kliniki Neonatologii UCK potwierdzają: „Nie odpowiedzieliśmy sobie ostatecznie na pytanie, czy decyzja była słuszna, czy na pewno po jej podjęciu zrobiliśmy wszystko, co można było zrobić, żeby uzyskać pozytywny rezultat leczenia” [17].

Lekarz neonatolog powinien być przewodnikiem, doradcą, ale nie sędzią. Ma prawo do własnych uczuć, emocji. Powinien kierować się rzetelną wiedzą, rozsądkiem, doświadczeniem, ale także sercem, sumieniem, podchodząc do pacjenta indywidualnie jako wybitny lekarz i prosty człowiek.

Dyskusja

Bardzo ważnym elementem jest wiedza medyczna dotycząca wskaźników przeżycia i możliwości prawidłowego rozwoju skrajnych wcześniaków. Wiedza ta płynie z długofalowych badań. Dobre dane są niezbędne do oceny rokowania i podejmowania decyzji krytycznych w neonatologii. W kilku badaniach europejskich i kanadyjskich przedstawiono przeżycia i ocenę noworodków skrajnie niedojrzałych. W badaniach wykazano, iż wśród noworodków urodzonych w 23. tygodniu ciąży 11% przeżyło do czasu opuszczenia OITN. Przeżycia bez ciężkiego uszkodzenia (niewymagające pomocy fizycznej do wykonywania codziennych czynności) to tylko 7%. U wszystkich tych dzieci wystąpiły głębokie uszkodzenie słuchu lub ślepotę. Wśród noworodków urodzonych w 24. tygodniu ciąży OITN opuściło 26%, przeżyło bez ciężkiego uszkodzenia 19%, z czego 14% doświadczyło uszkodzenia słuchu i wzroku; 44% wcześniaków z 25. tygodnia ciąży wyszło do domu, u 33% z nich nie doszło do ciężkich uszkodzeń, 28% wykazało uszkodzenie słuchu bądź ślepotę [6].

Według danych należących do National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) *Neonatal Network* (badania wykonane w latach 1998–2003 wśród 4446 noworodków urodzonych między 22. a 25. tygodniem ciąży) do czasu wypisu ze szpitala przeżyło 5% noworodków urodzonych w 22. tygodniu ciąży, 26% urodzonych w 23. tygodniu ciąży, 56% – w 24. tygodniu i 76% – w 25. tygodniu ciąży [19].

Noworodki o identycznym wieku ciążowym mogą znacznie różnić się dojrzałością biologiczną. Należy indywidualnie podchodzić do pacjenta, brać pod uwagę nie tylko dojrzałość płodu, szacowaną masę ciała, ale również czynniki poprawiające i pogarszające rokowanie. Zauważamy znaczną zmienność wyników w różnych grupach wieku ciążowego. Należy więc zwrócić uwagę na inne czynniki, takie jak: płeć, urodzeniowa masa ciała, podaż steroidów, ciąża pojedyncza lub wielopłodowa. Ważne są również życzenia rodziców. Wykazano, że w przypadku większych noworodków płci żeńskiej z 23. tygodnia ciąży wyniki leczenia są lepsze od wyników leczenia noworodków płci męskiej urodzonych w 24. tygodniu.

Wskazówką postępowania mogą być dane opisujące przeżycia noworodków poddawanych mechanicznej wentylacji. W grupie noworodków wentylowanych mechanicznie i urodzonych w 22. tygodniu ciąży przeżycie wynosi 21%, w 23. tygodniu – 37% [19].

Resuscytacja nie powinna być podejmowana, jeżeli prawdopodobieństwo przeżycia noworodka jest niewspółmiernie niskie. Taka sytuacja może nastąpić w przypadku noworodków urodzonych przed 23. tygodniem ciąży, z masą ciała niższą niż 400 g czy wadami wrodzonymi (zespół Edwardsa, zespół Patau). W przypadku optymistycznej prognozy przeżycia połączonej z wysokim ryzykiem niepełnosprawności – istotnym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji o resuscytacji jest opinia rodziców [20]. Zarówno *Rekomendacje Etyczne w Perinatologii*, jak i aktualne wytyczne dotyczące resuscytacji noworodków twierdzą jednogłośnie, iż noworodka urodzonego poniżej 22. tygodnia ciąży należy otoczyć opieką paliatywną. Neonatolog może zdecydować się na podjęcie leczenia w przypadku noworodka, u którego wiek ciążowy mógł być obliczony błędnie. W 23. tygodniu ciąży zalecana jest opieka paliatywna, chyba że wystąpią czynniki poprawiające rokowanie i życzeniem rodziców jest, by ratować życie dziecka mimo możliwych zaburzeń w rozwoju. W 24. tygodniu ciąży podjęcie resuscytacji zależne jest od stanu noworodka po urodzeniu. Postępowanie powinno uwzględniać opinie rodziców i czynniki poprawiające rokowanie. W 25. tygodniu ciąży zalecane są pełna resuscy-

tacja i leczenie. Dane dotyczące noworodków urodzonych bez oznak życia przez 10 minut lub dłużej wskazują na wysoką śmiertelność lub ciężkie upośledzenie neurologiczne. Zasadne wydaje się być rozważenie zaprzestania resuscytacji. Niepodejmowanie resuscytacji jest zalecane w przypadku wad wrodzonych u noworodka związanych z pewnym wystąpieniem wczesnego zgonu, takimi jak bezmózgowie i potwierdzona trisomia chromosomu 13 lub 18. Ważną więc okazuje się diagnostyka prenatalna, której wynik może wykryć letalną wadę u płodu, co nakazuje niepodejmowanie zabiegów resuscytacyjnych po urodzeniu dziecka [6].

Należy zdawać sobie sprawę, iż nie ma wyraźnych granic pomiędzy dobrem pacjenta a zbędnością intensywnej terapii. Ta granica musi być za każdym razem na nowo określana. Oznacza to, że najistotniejsze z punktu widzenia losów dziecka decyzje muszą być podejmowane indywidualnie dla każdego pacjenta.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

- Bołoz W, Krajnik M. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Med Pal Prakt.* 2008;2(3):77.
- Szewczyk K. Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania. *Diametros.* 2010;26:102–104, 106–110, 117–118.
- Dangel T, Grenda R, Kaczkowski J, Pawlikowski J, Rawicz M, Sawicka E, Seroczyńska M, Szymkiewicz-Dangel J, Świetliński J, Wichrowski M. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy. Warszawa: Polskie Towarzystwo Pediatryczne; 2011. 36–37, 42–44, 49–50.
- [Dostępne w Internecie:] <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1196341986.pdf> [data dostępu: 24.07.2016].
- Karta pracowników służby zdrowia. Watykan: Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia; 1995.
- Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2012; 5(1):5–13.
- Fleischman AR. Neonatal Care. W: Crowley M (red.). *From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns.* New York: Garrison; 2008. 123.
- Gadzinowski J, Jopek A. Neonatologia – między etyką a pragmatyzmem. *Nauka.* 2007; 3: 27.
- Szewczyk K. Dyskusja: O racjonalne decyzje w opiece neonatalnej. *Polskie Towarzystwo Bioetyczne;* 2012. 9.
- Sadowska-Krawczenko I. Sumienie neonatologa. *Post Neonatol.* 2012;2(18):190–191.
- Rudnicki J, Kordek A, Łuniewska B, Pawlus B, Błazejczak A, Otorowska-Budny E, Czajka R. Medyczne i etyczne aspekty leczenia noworodków ze skrajnie małą masą ciała. *Post Neonatol.* 2012;2(18):187–189.
- Kodeks Etyki Lekarskiej (tekst zawierający zmiany uchwalone 20.09.2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy), art. 2, art. 30–32.
- Szczapa J. Podstawy neonatologii. Warszawa: PZWL; 2010. 1.
- Makara-Studzińska M, Iwanowich-Palus G. Psychologia w położnictwie i ginekologii. Warszawa: PZWL; 2009. 173–177.
- Piasecka I, Rozalska-Walaszek I, Dobrowolska B, Pilewska-Kozak A, Lesiuk. Opinia pielęgniarek i położnych oddziałów neonatologicznych na temat podejmowania działań ratujących życie dziecka urodzonego przedwcześnie, ze skrajnie małą masą ciała. *Post Neonatol.* 2012;2(18):9–15.
- Szczapa J, Wojsyk I, Zawadzka A. Etyczne aspekty resuscytacji noworodka. *Post Neonatol.* 1997;8:31–37.
- Kawińska-Kiljańczyk A, Domżańska-Popadiuk I, Czajkowska-Łaniecka T. Lekarz neonatolog wobec najtrudniejszych decyzji – rozważania etyczne na podstawie dwóch przypadków klinicznych. *Post Neonatol.* 2003; supl. 3:192–194.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 kwietnia 1994 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Załącznik: Definicje pojęć dotyczących poronień, porodów i urodzeń, oraz zgonów płodów noworodków i matek. *Dz.U.* 1994 Nr 56, poz. 234.
- Mark R, Helwich E. Noworodek w stanie zagrożenia: ograniczenie leczenia. *Pediatrics Dypl.* 2010;14(4):65–69.
- Rudnicka-Drożał E, Aftyka A. Resuscytacja noworodka. *Na Ratunek* 2011;5(3):34,40.

Zaakceptowano do edycji: 2017–01–16
Zaakceptowano do publikacji: 2017–02–01

Adres do korespondencji:

Magdalena Napiórkowska-Orkisz
Tułodział 14
14-120 Dąbrówno
tel. kom.: 607 107 391
e-mail: napiorkowska-orkisz@wp.pl