

4. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие /В.Д. Балин, В.К.Гайда, В.К.Гербачевский и др./Под общ.ред.А.А. Крылова, С.А. Маничева.– СПб: Изд-во Питер, 2000.

М.Г. Каутанов

Этические и философские аспекты лечения пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца

Аннотация: В статье суммированы этические и философские аспекты подходов к лечению сложной группы больных: детей с таким сложным врожденным пороком сердца как синдром гипоплазии левого сердца. Рассмотрена философская сторона вопроса необходимости хирургического вмешательства и способов его проведения. В этом же аспекте рассмотрена этическая сторона внутриутробных вмешательств при данной патологии, как достаточно перспективного и в то же время, вызывающего всеобщую обеспокоенность, направления в лечении. Также описаны индивидуальный и популяционные взгляды на данную проблему.

Ключевые слова: синдром гипоплазии левого сердца, этика и философия внутриутробных интервенций, индивидуальная и популяционная точка зрения.

Summary: In the article we summarized ethical and philosophic aspect of management such difficult cohort as patients with hypoplastic left heart syndrome. We've discussed philosophic point of view of a need in surgical intervention and different surgical strategy. In this context we've reviewed ethical aspects of antenatal interventions for such pathology, because these methods meet a lot of overall concern. We described individual and populational points of view for this problem.

Keywords: hypoplastic left heart syndrome, ethic and philosophy antenatal interventions, individual and populational points of view.

Безусловно, лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы является приоритетным направлением работы здравоохранения по всему миру. Учитывая наращиваемые объемы помощи, колоссальное количество проводимых вмешательств, особенно важно

не потерять грань человечности и моральности некоторых вмешательств. Хирург может нередко формально отнестись к показаниям к той или иной операции, не принимая во внимание то, будет ли реально это благом для жизни пациента в нашей существующей российской действительности. Проблема здесь еще состоит в том, что зачастую стандарты лечения навязаны Западом или компанией производителем лекарств или медицинских устройств. Если мы считаем, что у нас эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний, то нужно бороться с ней путем строительства множества высокотехнологичных сердечно-сосудистых центров? Это всего лишь борьба со следствием! Никого не интересует борьба с причинами, с факторами риска этих заболеваний. По телевидению, наконец, началась кое-какая пропаганда здорового питания, борьбы с курением, исключения из рациона продуктов, содержащих пальмовое масло.

Хочется сказать, что в своей практике мы зачастую свято верим в убеждения пионеров, основателей какой-либо методики лечения, без очевидных на то причин. Некоторые доктора настолько неосмотрительны, что позволяют легко манипулировать своим мнением.

Я хочу поговорить о лечении крайне тяжелой группы больных, больных с синдромом гипоплазии левого сердца (СГЛС) и продемонстрировать на данном примере состояние проблемы осознания пользы и вреда вмешательства, этичности и восприятия данного лечения персоналом и пациентом.

Неизлечимые болезни существовали и существуют. Но как быть, если сама природа иногда препятствует появлению на свет ребенка с пороком сердца?

Иногда случается внутриутробная гибель плода, иногда он рождается мертвым.

Первый вопрос для нас, как для врачей, состоит в том, должны ли мы бороться за таких пациентов, которые обречены на смерть самой природой или Господом Богом. Есть два варианта мышления при этом: мышление индивидуальное и мышление популяционное. Спартанцы в древности сбрасывали со скалы детей с физическими уродствами или болезнями несовместимыми с жизнью. Хотя понятия генофонда не существовало в те времена, но мудрые греки интуитивно делали это заботясь о здоровье нации. Тур-

ки-османы брали себе в качестве наложниц девушек с различных захваченных ими территории, таким образом, достигалось разнообразие генов в их популяции, и рождались здоровые потомки, продолжавшие династию. В нацистской Германии имелась концепция расовой гигиены, что подразумевало необходимость разделять людей на представителей высшей расы и низших элементов и необходимость соответствующего отбора. По этой концепции, первых следовало искусственно поддерживать, тогда как воспроизводство вторых требовалось предотвращать, предполагалось, что смешение рас даёт нежелательные последствия. Эта концепция также требовала проводить стерилизацию или уничтожение алкоголиков, эпилептиков, лиц с различными наследственными болезнями, слабоумных. Стремление к поддержанию «расовой гигиены» проявилось в государственных программах принудительного истребления различных категорий граждан [1].

Все это примеры популяционного мышления, которое не потеряло актуальности и сейчас. В наше демократизированное время, насыщенное европейскими ценностями, распространено индивидуальное мышление, то есть помощи всем, кто в этом нуждается, вне зависимости от болезни и состояния. Сегодня американская система здравоохранения позиционируется как лучшая в мире.

Надо сказать, что читая ежегодные отчеты американских хирургов или же публикации в известных медицинских журналах нельзя не отметить постоянно растущее количество вмешательств при врожденных пороках сердца. Таким образом, возникает ситуация, когда борьба с сердечно-сосудистой заболеваемостью приводит к ее большему росту. В этом весь парадокс!

Это первый философский вопрос, который я хочу задать обществу: надо ли? Надо ли заниматься лечением пороков несовместимых с жизнью, искусственно пролонгируя жизнь на некоторый период. Сегодня в детской кардиохирургии косвенным показателем уровня хирурга является умение выполнять операцию Норвуда. Это сложная процедура, выполняемая сразу после рождения ребенка с синдромом гипоплазии левого сердца, поскольку он в ранние сроки после рождения становится нежизнеспособен. Операция сопровождается 50%ной летальностью и является лишь этапом. Необходимо выполнить еще 2 операции в течение первых

лет жизни, которые не лишены риска и дают возможность прожить около 20 лет.

Основная надежда на возможность выполнения трансплантации сердца во взрослом периоде или на появление новых технологий, которые позволят в будущем продлить жизнь этой когорте больных. Надо сказать, что результаты трансплантации сердца в детском периоде оставляют желать лучшего, а трансплантация сердца во взрослом периоде сопровождается 50% выживаемостью через 10 лет после операции. Поэтому надежды на долгую и счастливую качественную жизнь этих больных является мифом. Что же происходит? Сердечно-сосудистые хирурги дают просто ложную надежду и не более того. Потому как реальность достаточно сурова. Каково родителям осознавать, что их ребенок проживет не более 30 лет? Не состоится как человек? Как он будет расти, осознавая этот факт? Это большая этическая и моральная проблема.

Так или иначе, сегодняшним стандартом лечения является такой подход. Возвращаясь к вопросу о навязанных стандартах, хочется сказать, что эта процедура появилась в 80х годах прошлого столетия в США. В СССР она не выполнялась вообще. После падения железного занавеса хирурги стали обмениваться опытом, и, таким образом, в начале девяностых была выполнена первая такая процедура в г. Санкт-Петербурге. Сейчас она распространена повсеместно.

Особенностью данного заболевания СГЛС является то, что по сути, это обычный врожденный аортальный стеноз. Но проблема в том, что этот порок становится выраженным уже внутриутробно и внутриутробно же проходит все свое естественное течение. Первоначально левый желудочек на возросшее сопротивление в выходном тракте расширится, а затем просто мышечная ткань заменяется на фиброзную (возникает фиброэластоз) и перестает расти. Это происходит примерно с 20 по 30 неделю внутриутробного развития [2]. Таким образом было бы гораздо целесообразнее производить вмешательство на сердце плода внутриутробно, укладываясь в этот период времени. Таким образом, можно достичь двужелудочковой циркуляции, или практически нормального кровообращения. В мире этой проблемой занимаются 2 научные группы (в университетской клинике Бостона и в Сан-Паулу). При этом

выполняется процедура чрезкожной баллоной ангиопластики аортального клапана плода.

Результаты, которые демонстрируют эти группы очень впечатляют. В Бостоне накоплен опыт более 100 таких процедур, и стоит сказать, что у 25% детей удалось добиться двужелудочковой циркуляции, то есть четверть детей сможет прожить потенциально полноценную жизнь [3]. Эти данные не могут не впечатлять! Но здесь возникает другой этический аспект. Производя вмешательство на сердце плода, мы таким образом, также подвергаем жизнь матери потенциальной опасности. Однако имеющиеся на сегодня данные говорят о практически нулевой летальности среди матерей, подвергающихся такому вмешательству.

С точки зрения религии выполнение таких вмешательств недопустимо. С точки зрения здравого смысла, только выполняя операцию внутриутробно, мы влияем на патогенез заболевания. Однако, мы имеем дело с сравнительно недолгосрочными наблюдениями, и, возможно, в перспективе они станут более распространенными, появится большой опыт их использования, который позволит однозначно ответить на все вопросы.

Таким образом, перед нами возникли несколько вопросов. Необходимо ли вообще производить оперативные вмешательства при такой сложной патологии как СГЛС? Кардиохирурги сейчас являются ортодоксальными сторонниками оперативного лечения. Надо понимать, что агрессивный хирургический подход не несет улучшения генофонда нашей популяции, а значит, будет возрастать заболеваемость сердечно-сосудистой патологией среди детей. Если нужно производить вмешательство, то, как информировать родителей о прогнозах пациента? Как оперировать: это традиционный подход: операция Норвуда, сопровождающаяся низким процентом отдаленного успеха (и что вообще считать успехом в данном случае?), когда мы имеем дело уже со следствием или исходом болезни, или внутриутробная операция, которая влияет на патогенез болезни (также не на причину), которая способствует улучшению прогноза у части больных, позволяет достичь двужелудочковой (нативной) гемодинамики?

Во многом здесь существенную роль должна сыграть политическая воля для решения данного вопроса, поскольку вопрос

сугубо организационный и требует аккумуляции в одном центре всех больных с такой патологией. Точнее необходимо, чтобы после скрининга в сроке беременности 20 недель мать, вынашивающая плод с данной патологией, была своевременно направлена на лечение в специализированный центр. Еще один вопрос: это как в случае внутриутробной операции «уладить» этический аспект процедуры? Как объяснить необходимость данной процедуры? Совершенно очевидно, что необходимо взвесить все за и против подобного рода вмешательств при лечении СГЛС. Внутриутробные вмешательства противоречат духовным началам. Поэтому широкое внедрение их в практику может спровоцировать недовольство среди представителей религии. Подобный казус, несомненно, может повлиять на успех лечения данных больных.

Лечение детей с врожденными пороками сердца имеет более чем 60 – летнюю историю, которая была весьма драматична. За последние годы достигнуты большие успехи и существенный прогресс в лечении этих больных. Примечательно, что, несмотря на все достижения, остаются до сих пор актуальными этические аспекты оперативного вмешательства при врожденных пороках. До сих пор так и не достигнуто снижения инцидентности данной патологии, что вызывает некоторую обеспокоенность. Необходимость переоценки подходов в лечении с учетом пользы для популяции также должны приниматься во внимание.

Литература

1. Connelly J. Nazis and Slavs: From Racial Theory to Racist Practice // Central European History. — Vol. 32 (1999). — No. 1. — PP. 1—33.
2. Allan LD, Sharland G, Tynan MJ. The natural history of the hypoplastic left heart syndrome. Int J Cardiol 1989; 25:341–3.
3. Tworetzky W, McElhinney DB, Marx GR, et al. In utero valvuloplasty for pulmonary atresia with hypoplastic right ventricle: techniques and outcomes. Pediatrics. 2009;124:510–8.