

55 dni utrzymali ciążę kobiety po śmierci mózgu

O trudnych decyzjach i wyjątkowym medycznym wyzwaniu z prof. dr. hab. med. Andrzejem Küblerem, kierownikiem Katedry i I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM we Wrocławiu, rozmawia Alicja Giedroyc

MT: W jakich okolicznościach pacjentka trafiła do kliniki?

PROF. ANDRZEJ KÜBLER: 41-letnia pacjentka została przekazana do nas z Kliniki Neurochirurgii z podejrzeniem śmierci mózgu. Była nieprzytomna, stwierdzono u niej szerokie źrenice bez reakcji na światło i brak odruchów z pnia mózgu. Badanie rezonansem wykazało guz mózgu okolicy jąder podstawy o wielkości 3,6-4,4 cm. Nastąpiło zaciśnięcie komór mózgu i przesunięcie mózdzku do otworu wielkiego. Guz ucisnął pień mózgu, powodując jego niedokrwienie. Z dokumentacji pacjentki wynikało, że guz rozpoznano u niej ok. 10 lat wcześniej. Nie usunięto go, bo jego umiejscowienie powodowało ryzyko powikłań, a poinformowana o nich kobieta zdecydowała, że nie podda się zabiegowi. To była jej decyzja. Funkcjonowała normalnie z guzem aż do momentu, w którym nastąpiło załamanie stanu zdrowia. Pogotowie przywiozło ją do USK we Wrocławiu nieprzytomną, neurochirurgi już nic nie mogli zrobić.

MT: Co w takich sytuacjach rutynowo robi się na oddziale intensywnej terapii?

A.K.: Mielśmy do czynienia z podejrzeniem nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, więc mogliśmy uruchomić procedurę orzeczenia śmierci mózgowej – wszystkie kryteria ku temu były spełnione. Ale kobieta była w ciąży, a płód był żywy. To był zaledwie



W 55. DNIU INTENSYWNEJ TERAPII, CZYLI W 27. TYGODNIU CIĄŻY, U PŁODU POJAWIŁY SIĘ OBJAWY ZABURZENIA TĘTNA. POŁOŻNICZY ZDECYDOWALI, ŻE NIE MOŻNA DŁUŻEJ CZEKAĆ, I PRZYSTĄPILI DO CESARSKIEGO CIĘCIA.

17. tydzień, a więc na granicy szansy na uratowanie. Uważa się, że do 16. tygodnia włącznie nie jest to możliwe. Stailiśmy przed trudną decyzją.

MT: Rozumiem, że gdyby lekarze zdecydowali się jednak nie podejmować wyzwania i wszcząć procedurę orzeczenia śmierci mózgu – nie

groziłoby to żadnymi prawnymi konsekwencjami?

A.K.: Tak, byłoby to postępowanie absolutnie prawidłowe. Natomiast gdyby komisja oficjalnie orzekła śmierć mózgu, to skomplikowałoby decyzję o ratowaniu płodu. Zdecydowaliśmy się na to, biorąc pod uwagę ryzyko,

bo nie mieliśmy przecież żadnych gwarancji, że się uda. Wprawdzie w piśmiennictwie naukowym opisano kilkadziesiąt podobnych przypadków, ale większość dotyczyła bardziej zaawansowanej ciąży, co oznaczało krótszy czas podtrzymywania funkcji krążenia i oddychania matki. My postawiliśmy sobie za cel doprowadzenie do 28.-30. tygodnia ciąży, by zwiększyć szanse przeżycia dziecka i do minimum ograniczyć ryzyko powikłań związanych z przedwczesnymi narodzinami. Nie mamy doświadczeń z tak długotrwałym utrzymywaniem funkcji życiowych u pacjenta z nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu. Utrzymujemy funkcje życiowe u takiego pacjenta tylko wówczas, gdy może być on dawcą narządów. Trwa to na ogół zaledwie kilka dni. W tym przypadku chodziło już w samym założeniu o wiele tygodni.

Rozpoczęliśmy typowo. Pacjentka została podłączona do respiratora, podawaliśmy leki podtrzymujące ciśnienie krwi oraz inne dla zapewnienia prawidłowej funkcji organizmu. Prowadziliśmy żywienie enteralne przez sondę żołądkową, a następnie przez gastrostomię.

MT: Co było największym zagrożeniem?

A.K.: Liczyliśmy się z wystąpieniem infekcji i spadkiem ciśnienia, a także innymi zaburzeniami w organizmie matki, które wpłynęłyby na stan płodu, doprowadzając nawet do jego obumarcia. Brak funkcji mózgu powoduje rozregulowanie czynności wszystkich narządów, pogorszenie może nastąpić w każdej chwili. Płód był monitorowany cały czas, jego stan był także na bieżąco konsultowany z położnicami oraz innymi specjalistami. Taka możliwość to niewątpliwa zaleta wieloprofilowego ośrodka. Położnicy byli gotowi do przeprowadzenia cesarskiego cięcia o każdej porze,

a neonatolodzy – do natychmiastowego przejęcia opieki nad dzieckiem w razie konieczności.

MT: Z jakimi trudnościami musieliście się zmierzyć?

A.K.: Zgodnie z naszymi obawami pojawiła się infekcja, i to już po kilku dniach. Było to zakażenie płuc, na szczęście można je było opanować antybiotykiem. Musiał być on tak dobrany, by nie zaszkodzić dziecku, co stanowiło dodatkową trudność. W ciągu kilku dni nastąpił także spadek ciśnienia, które uregulowaliśmy poprzez podawanie noradrenaliny. Do tego doszły zaburzenia endokryne i elektrolitowe. Stwierdziliśmy podwyższone stężenie glukozy we krwi wymagające podawania insuliny. Zaburzenia elektrolitowe polegały przede wszystkim na zatrzymaniu w organizmie sodu, którego stężenie w związku z tym było podwyższone. Konieczne były leki, które je obniżyły. Mimo tych wszystkich problemów płód rozwijał się normalnie.

MT: Ile trwała taka walka, swoiste oszukiwanie śmierci?

A.K.: Nie udało się nam w pełni zrealizować postawionego na początku celu. W 55. dniu intensywnej terapii, czyli w 27. tygodniu ciąży, u płodu pojawiły się objawy zaburzenia tętna. Położnicy zdecydowali, że nie można dłużej czekać, i przystąpili do cesarskiego cięcia. To była słuszna decyzja, bo podczas zabiegu okazało się, że łożysko było już niedokrwione. Urodził się chłopiec. Ważył 1000 g i natychmiast trafił pod opiekę neonatologów. Dopiero po wydobyciu dziecka zebrała się komisja do orzekania śmierci mózgu. Przeprowadzone badania potwierdziły wcześniejsze podejrzenia. Angiografia wykazała brak przepływów mózgowych. Komisja stwierdziła zgon. Jestem przekonany, że taki

sam wynik uzyskano by wcześniej, w dniu przyjęcia pacjentki na oddział.

MT: Jaki wpływ na dziecko może mieć to, co się z nim działo w życiu płodowym?

A.K.: Nie chciałbym się wypowiadać w imieniu neonatologów, ale zapewne nie da się wszystkiego przewidzieć. Po przeszło miesiącu od urodzenia chłopiec wciąż jest pacjentem kliniki neonatologii, dodatkowo konsultowany przez innych specjalistów. Oddycha samodzielnie, a jego waga zbliża się do 2000 g. To już jest sukces, a dla nas poczucie, że walka o jego życie nie poszła na marne.

MT: Taka sytuacja to także dramat rodziny i trudne do przewidzenia reakcje emocjonalne.

A.K.: Ojciec dziecka od początku zapewniał, że bardzo mu zależy na utrzymaniu go przy życiu. Współpracował z lekarzami przez cały czas, akceptował nasze decyzje, interesował się naszymi działaniami do tego stopnia, że czytał artykuły naukowe na temat intensywnej terapii. Zamieszkał na terenie szpitala, bo było akurat wolne miejsce dla rodzica w sąsiedniej klinice hematologii i onkologii dziecięcej, a dyrekcja zgodziła się na jego pobyt. Codziennie spędzał wiele godzin na naszym oddziale, a po przyjściu dziecka na świat – w klinice neonatologii.

MT: Może to teoretyzowanie – ale czy gdyby ani ojciec, ani nikt z rodziny nie chciał tego dziecka, też byście je ratowali?

A.K.: Zwrócilibyśmy się o decyzję do sądu. Ratowanie życia, gdy istnieją na to szanse, jest naszym zasadniczym obowiązkiem zawodowym. ■

Zdjęcie: archiwum prywatne