



DOKTOR WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI – POLSKI HIPOKRATES

Redakcja – Beata Zawadowicz

**„DOKTOR WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI
– POLSKI HIPOKRATES”**

GABINET

PIERWSZY

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Napoleona Bonaparte w Lublinie
ul. Bolesława Prusa 100, 20-032 Lublin
NIP 573225014

**„DOKTOR WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI
– POLSKI HIPOKRATES”**

**Materiały z Obchodów 100-lecia śmierci doktora Władysława Biegańskiego
w ramach Roku Władysława Biegańskiego**

**pod redakcją
Beaty Zawadowicz**

Częstochowa 2019

Redaktor serii: Beata Zawadowicz

Redaktor tomu: Beata Zawadowicz

Adiustacja i korekta: Maria Nasińska

Recenzent: dr hab. Maciej Woźniczka, prof. UJD

Skład i łamanie: Krzysztof Bednarek,

Projekt okładki i opracowanie graficzne: Beata Zawadowicz, Krzysztof Bednarek, Włodzimierz Karankiewicz

Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, tom III

ISBN 978-83-915623-9-0

© Copyright by

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie

ul. Jana III Sobieskiego 7a, 42-200 Częstochowa

tel. 601 291 022

e-mail: beata.zawadzowicz@gmail.com

Częstochowa 2019, Wydanie 1

Druk i oprawa:

Harit Krzysztof Bednarek

ul. Kościelna 34, 42-202 Częstochowa

tel. 508 071 277

e-mail: info@harit.pl

Dr n. med. Jolanta Warzycha

Śląski Oddział Regionalny Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego



ETYKA W NEONATOLOGII I NIE TYLKO...

Zagadnienia etyczno-moralne nurtują lekarzy wielu specjalności. Neonatologia zajmuje się pacjentem najbardziej bezbronnym, co sprawia, że wszelkie prawa etyki nabierają tu szczególnego znaczenia.

Etyka to nauka o ocenach i normach moralnych rozumiana jako dyscyplina normatywna. Głosi, co jest moralnie dobre lub złe. Niektórzy nazywają etykę nauką o wyborach. Neonatologia z kolei to nauka o noworodkach. Mały pacjent to dziecko zwracające się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystające ze świadczeń udzielanych przez podmiot czy też osobę wykonującą zawód medyczny.

Wraz z postępem naukowo-technicznym wzrasta przeżywalność noworodków z ekstremalnie niską masą ciała. W wielu krajach prowadzi się dyskusje o sens i granice utrzymywania bardzo chorych wcześniaków przy życiu. Są to debaty między filozofią świętości, a filozofią życia. Od lat 50. XX wieku obserwuje się dynamiczny rozwój opieki nad noworodkiem. Ojciec neonatologii Aleksander Schaffer opracował w 1960 roku podręcznik „Disease of the newborn”. Przeglądając ten i inne podręczniki, obserwujemy, jak zmieniła się terminologia neonatologiczna. W 1976 za żywo urodzonego noworodka uważano ważącego 1200g, w 1984 – 900g. Aktualnie według WHO żywo urodzony – to noworodek urodzony powyżej 22 tygodnia życia płodowego, z masą ciała 500g. Są również dzieci tzw. płodowe.

Noworodki urodzone przedwcześnie to grupa niejednorodna:

- LBW z masą ciała <2500g,
- VLBW z masą ciała <1500g
- ELBW z masą ciała <1000g
- Dzieci płodowe <450g.

Na neonatologach spoczywa obowiązek ratowania również tych najmniejszych.

N.R.C. Robertson powiedział: *"Jeśli nie my będziemy adwokatami dla dzieci z ekstremalnie małą masą urodzeniową, to kto?.."*

Przyczyny wcześniactwa dzielimy na trzy grupy: płodowe, łożyskowe, matczyne. Pierwsza grupa obejmuje wady wrodzone i choroby genetyczne. Druga to wszelka patologia łożyska: przedwcześnie odklejające się, przodujące, częste i przewlekłe krwawienia z dróg rodnych. Przyczyny matczyne to: nadciśnienie indukowane ciążą, niewyrównana cukrzyca, uzależnienia, ciąża mnoga. Ryzyko wcześniactwa wzrasta trzykrotnie przy technikach rozrodu wspomaganego, 15-krotnie przy krwawieniach w drugim trymestrze. 80% porodów przedwczesnych spowodowanych jest zakażeniem wewnątrzmacicznym. Skrajne wcześniactwo wiąże się z szeregiem powikłań: ciężkie zaburzenia rozwoju psychoruchowego, ślepotą, głuchota, dysplazja oskrzelowo-płucna, wysokie ryzyko zgonów. Przeżywa 10-20% tych dzieci, z czego tylko 1/3 rozwija się prawidłowo. Stąd wielokrotnie pojawia się pytanie o celowość resuscytacji dzieci skrajnie niedojrzałych i krytycznie chorych. Decyzję o reanimacji podejmujemy natychmiast, bo życie dla lekarza jest najwyższą wartością.

Kolejne pytanie dotyczy zaprzestania terapii uporczywej, czyli terapii błędnego koła. Neonatolodzy mają opracowane „Rekomendacje dotyczące postępowania z matką i noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych”. Opracowania tego podjął się zespół pod kierunkiem profesor Magdaleny Rutkowskiej.

Rekomendacje obejmują:

- wykaz osób podejmujących decyzje,
- prawo do informacji i zasady konsultacji,
- dialog między członkami zespołu,
- dialog z rodzicami,
- określenie wieku ciążowego i ocenę dojrzałości biologicznej,
- zagadnienia dotyczące oceny wskaźników umieralności i długofalowej obserwacji rozwoju,
- postępowanie w przypadku śmierci dziecka.

Rekomendacje nie zwalniają nas – neonatologów – z podejmowania decyzji w przypadku każdego pacjenta urodzonego przedwcześnie, bo przecież nie zawsze można dokładnie określić granicę między tym, co jest korzystne dla pacjenta, a tym, co jest już tylko zbędnym leczeniem. Taką granicę za każdym

razem określamy na nowo. **Nikt nie zdejmie z neonatologów ciężaru podejmowania najtrudniejszych decyzji.** Nasza wiedza i doświadczenie wskazują najlepsze rozwiązania. Ani prawo nigdy nie będzie tak szczegółowe, aby decydować o podejmowaniu konkretnych kroków, ani powołanie Komisji Etycznej nie rozwiąże wszystkich dylematów, jakie podejmują lekarze neonatolodzy na każdym etapie działania. W praktyce wielokrotnie musimy podejmować decyzje szybko, bo tego wymaga od nas sytuacja. Ci, którzy pracują na Bloku Porodowym, wiedzą o tym najlepiej. O postępowaniu z najmłodszymi traktuje szereg dokumentów.

W Konwencji o Prawach Dziecka ONZ czytamy:

Dzieci mają prawo do szczególnej troski i pomocy (art. 3.1).

Państwa-strony uznają prawo dziecka do najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej (art. 24).

Z Kodeksu Etyki Lekarskiej z 2004 roku należałoby przypomnieć trzy artykuły: 2, 30, 32.

Art. 2 **Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego.** Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Art. 30 Lekarz powinien **dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną** i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorego w stanach terminalnych i utrzymywać w miarę możliwości jakość kończącego się życia.

Art. 32 W stanach terminalnych **nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji** lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia w latach 2007-2015 dwa punkty poświęcono najmłodszemu. Cel operacyjny 7. to poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem. Cel operacyjny 8. obejmuje wspieranie rozwoju, zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym dzieci i młodzieży.

Wszelkie wątpliwości dotyczące leczenia i rehabilitacji dzieci ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, dzieci płodowych czy z wadami wrodzonymi pomaga nam rozwiązać znajomość psychologii prenatalnej. Szybki i intensywny rozwój dziecka w brzuchu ciężarnej nie przestaje zadziwiać nie tylko przyszłych rodziców, ale też naukowców. Zmysły u płodu dojrzewają w określonej kolejności: dotyk, równowaga, węch, smak, słuch, wzrok. Stąd w literaturze przedmiotu funkcjonuje określenie: **NARODZINY ZMYŚLÓW.**

Dotyk to najbardziej pierwotna i najważniejsza forma porozumiewania. Ciało płodu jest wrażliwe na dotyk od 14 tygodnia ciąży. Receptory czuciowe u noworodka rozłożone są nierównomiernie. Największe zagęszczenie receptorów występuje na opuszkach palców, wargach, czubku nosa, a najmniejsze na grzbiecie. Równocześnie z rozwojem receptorów powstają drogi nerwowe. Początkowo są to rdzeniowe nerwy czuciowe odpowiedzialne za działanie łuków. Potem rozwijają się drogi rdzeniowo-wzgórzowe, przez które impulsy trafiają do pnia mózgu. Tam są łączone z informacjami dostarczonymi przez inne zmysły. Takie scalanie informacji pozwala na powstanie bardziej złożonych odruchów bezwarunkowych, np. odruchu Moro. W 15 tygodniu życia powstają pierwsze synapsy nerwów czuciowych w korze mózgu jako tzw. połączenia przejściowe. Od 20 do 30 tygodnia życia płodowego trwa proces mielinizacji. U niektórych osób przebiega on do 20 roku życia. Większość dróg rdzeniowo-wzgórzowych jest zmielinizowana do 29 tygodnia, a połączenia korowe do 37 tygodnia. Ból to nieprzyjemne doznanie sygnalizujące uszkodzenie lub możliwość uszkodzenia organizmu albo jego części. Za odczuwanie bólu odpowiedzialne są nocyceptory w skórze, w rogówce, narządach wewnętrznych. Liczba nocyceptorów jest taka sama u płodu i u osoby dorosłej. Natomiast gęstość nocyceptorów jest nieproporcjonalnie większa u płodu. Płód nie posiada zdolności precyzyjnej lokalizacji bólu, zatem odpowiedź maleństwa na bodziec bólowy jest bardziej uogólniona. Od 18 tygodnia ciąży wzrasta przepływ przez tętnicę środkową mózgu podczas zabiegów wewnątrzmacicznych (np. podczas punkcji torbieli jajnika). Aktywność bioelektryczną rejestruje się od 20-24 tygodnia ciąży. Między 23 a 25 tygodniem wzrasta poziom hormonów stresu: noradrenaliny, ACTH, kortyzolu podczas procedury transfuzji przezowodniowej. Od 30 tygodnia płód rejestruje rytm dobowy. Funkcjonowanie zmysłu ruchu i równowagi jest zazwyczaj nieświadome, ponieważ czynności odpowiadające za ruch i ułożenie ciała w przestrzeni są regulowane poniżej kory mózgowej. Zmysł równowagi jest jednym z pierwszych zmysłów rozwijającym się w życiu płodowym i najlepiej rozwiniętym w momencie porodu. W 4 tygodniu wyodrębniają się struktury, z których rozwinię się ucho wewnętrzne (płatek uszny, dołek uszny i pęcherzyk uszny). Między 7 a 14 tygodniem tworzą się komórki rzęskowe połączone z neuronami nerwu przedsionkowego przewodzącego impulsy nerwowe do pnia mózgu. Około 20 tygodnia życia płodowego ucho wewnętrzne osiąga kształt i rozmiary ucha osoby dorosłej. Wrażenia związane z zachowaniem równowagi są pierwszymi i zapamiętanymi przez płód. W 10 tygodniu mały człowiek reaguje na stymulacje ruchową. W 12 tygodniu zmianie pozycji głowy towarzyszą bezwiedne ruchy gałek ocznych. W czasie aktywności fizycznej matki bierne ruchy ciała maleństwa powodują odpowiednie reakcje mające na celu utrzymanie stałego położenia. W czasie spoczynku matki zwiększa się aktywność ruchowa płodu, który ćwiczy równowagę oraz poznaje części własnego ciała. Ciągła stymulacja zmysłu równowagi

działa pobudzająco na rozwój mózgu. Za zmysł słuchu odpowiedzialne są receptory znajdujące się w uchu wewnętrznym, ale w odbiorze dźwięków uczestniczy też ucho zewnętrzne i środkowe. Około 70 dnia życia płodowego rozwija się przewód ślimakowy, a około 8 tygodnia rozpoczyna się proces unerwiania ucha środkowego. Między 3 a 5 miesiącem powstają komórki zmysłowe i wytwarzają się połączenia z neuronami nerwu przedsionkowo-ślimakowego. Od 19 tygodnia płód reaguje na głośne dźwięki niepokojem, mruganiem powiek. Głosy męskie z zewnątrz docierają do płodu szybciej. Natomiast najbardziej słyszalnym głosem przenoszonym wewnątrz ciała matki jest jej własny głos. Uważa się, że najbezpieczniejszym środowiskiem akustycznym są odgłosy ciała matki o niskiej częstotliwości (rytm serca, perystaltyka jelit, przepływ w naczyniach krwionośnych). Powyższe dane dowodzą, że płód słyszy. W porównaniu z innymi zmysłami w dniu narodzin najslabiej rozwinięty jest zmysł wzroku. Około 10 tygodnia ciąży rozwijają się powieki. Pozostają one zarośnięte do 26-28 tygodnia ciąży. Od 16 tygodnia płód reaguje na światło odwróceniem głowy, zmianą pozycji ciała, tachykardią. Około 22 tygodnia ciąży powstają bruzdy oczne, komórki nerwowe w siatkówce, podkorowe obszary wzrokowe, pierwotna kora wzrokowa oraz ośrodki wzrokowe w płatach skroniowych i ciemieniowych kory mózgowej. W 24 tygodniu pojawiają się ruchy gałek ocznych. Z kolei za odbiór wrażeń węchowych odpowiedzialne są komórki receptorowe nabłonka węchowego wyściełające powierzchnie małżowin nosowych, górnej i środkowej, oraz przegrodę nosa. Od 7 tygodnia rozwijają się małżowiny nosowe, a w 9 tygodniu powstaje nerw węchowy. Między 2 a 6 miesiącem życia płodowego jamę nosową wypełnia czop tkankowy, który uniemożliwia dostęp związków chemicznych do receptorów węchowych. W 26 tygodniu płód zaczyna „wdychać” płyn owodniowy, co oznacza, że pojawiają się ruchy oddechowe. Płód zapamiętuje zapachy, więc po urodzeniu potrafi odróżnić zapachy środowiska przyjaznego i nieprzyjaznego. Płód przyzwyczaja się do zapachu płynu owodniowego. Dlatego noworodki chętniej ssają pierś zwilżoną płynem owodniowym, a zapach tego płynu działa na dzieci uspokajająco. Około 55 dnia rozwijają się kubki smakowe. W 13 tygodniu są już rozsiane po całej jamie ustnej. W 14 tygodniu ciąży płód zaczyna połykać płyn owodniowy. Około 20 tygodnia ciąży połyka go w ilości około 500 ml, pod koniec ciąży około 1000 ml. Zmysł smaku jest funkcjonalnie sprawny już w 5 miesiącu życia płodowego. Uczestniczy on w wykrywaniu i przetwarzaniu informacji ze środowiska. Po urodzeniu mały człowiek poznaje otaczający świat i uczy się w nim funkcjonować. Zmysły smaku i węchu pozwalają na rozpoznanie własnej matki. Zmysł odczuwania bólu informuje organizm o zagrożeniach. Natomiast zmysły słuchu i wzroku są najmniej w chwili porodu rozwinięte, bo w okresie życia płodowego zakres impulsów drażniących receptory słuchowe i wzrokowe był ograniczony. Mózg noworodka nie odpoczywa. Elektrofizjolodzy zajmujący się interpretacją EEG twierdzą, że mimo 23-godzinnego snu kora mózgowa cały czas pracuje, dzięki czemu

mały człowiek uczy się i zdobywa nowe doświadczenia. Niektórzy twierdzą, że „Noworodek widzi zapachy, a czuje kolory.” Oznacza to synestezję, czyli łączenie wrażeń odbieranych przez różne zmysły. Taką zdolność miał rosyjski kompozytor Rimski-Korsakow. **Noworodek widzi, słyszy, czuje. Noworodek myśli.** Zgodnie z kartezjańskim „COGITO, ERGO SUM” (myślę, więc jestem) logicznym wydaje się, że jeśli noworodek jest – to myśli. Posługuje się mową ciała poprzez ruchy, płacz, wyraz twarzy. W momencie porodu zgodnie z teorią Harlowa noworodek ma zapisany w kodzie genetycznym dorobek ewolucyjny ludzkości, doświadczenia z życia wewnątrzmacicznego, ale ma również własne preferencje.

Pracując z noworodkami, szczególnie małymi na swój wiek płodowy, chorymi, dysmorficznymi, lekarz powinien stosować następujące zasady:

- czynić dobro,
- nie szkodzić,
- respektować autonomię człowieka,
- postępować zgodnie z prawem.

W neonatologii i pediatrii jakość spotkania lekarz – rodzic zależy od wzajemnego poznania dwóch światów, wartości, przeżyć, wzajemnego szacunku. Jednak to lekarz bierze na siebie odpowiedzialność nie tylko za treść, ale i atmosferę spotkania. Ważne są: postawa, gesty, ton, wybór miejsca i czasu spotkania. Te czynniki wpływają na przekazanie komunikatów o zdrowiu maleństwa. Czasem mamy do czynienia z milczeniem rodziców na wiadomość o złym stanie zdrowia lub o wadzie wrodzonej dziecka. Czas milczenia należy wówczas wykorzystać, aby wzmocnić relacje rodzice – lekarz. Wskazówek można poszukać we fragmencie „Małego Księcia”, w którym lis instruuje, jak należy „oswajać” kogoś, kto jest nieufny.

„Trzeba być cierpliwym. Na początku siądziesz w pewnej odległości ode mnie, na trawie. Będę spoglądać na ciebie kątem oka, a ty nic nie powiesz. Mowa jest źródłem nieporozumień. Lecz każdego dnia będziesz mógł siadać trochę bliżej(...).”

Prowadząc badania naukowe, nie wolno zapominać, że **DOBRO CHOREGO** jest i powinno być **NAJWYŻSZYM PRAWEM**. Postęp w medycynie polega na eksperymentowaniu. Nauka i wiedza medyczna są narzędziami pracy lekarza, ale nie motywem jego działania. Ciekawość diagnostyczna nie może być szkodliwa dla noworodka, a badania naukowe nie mogą pogarszać jego stanu zdrowia.

W neonatologii wszelkie działania mają prowadzić do:

- obniżenia zachorowalności,

- poprawy jakości życia,
- poprawy komfortu przebywania w oddziałach neonatologicznych i intensywnej terapii noworodka,
- pogłębiania wiedzy.

Polskie prawo umożliwia pochówek dzieci utraconych na każdym etapie trwania ciąży. Rodzice mogą zarejestrować dziecko utracone w wyniku poronienia, martwego urodzenia lub zgonu wkrótce po porodzie. Jeżeli w czasie ciąży rozpoznano u dziecka wadę letalną lub ciężką nieuleczalną chorobę, mogą szukać pomocy w hospicjach perinatalnych. Rodzice wyrażając własne przekonania występują w imieniu dziecka – z mocy prawa – jako przedstawiciele ustawowi. Wola rodziców musi stanowić istotny punkt odniesienia przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, pod warunkiem, że będzie wyrażona świadomie, po uzyskaniu wyczerpujących informacji dotyczących wszystkich możliwych form postępowania, z zaznaczeniem konsekwencji korzystnych i niekorzystnych w dłuższej perspektywie życia chorego noworodka.

Kończąc rozważania o etyce w neonatologii należy stwierdzić, że **do każdego pacjenta**, a zwłaszcza najmniejszego, najbardziej bezbronnego **trzeba podchodzić indywidualnie, z rzetelną wiedzą, rozsądkiem, sercem.**

W codziennej pracy trzeba kierować się słowami Władysława Biegańskiego: „**Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem**”.

Bibliografia:

1. Szewczyk K., *Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania*. Diametros. 2010:26:98
2. Mephan B., *Bioetyka*, Warszawa PWN, 2008, 104
3. Gadzinowski J., Jopek A., *Neonatologia – między etyką a pragmatyzmem*. Nauka. 2007:3:21
4. Rutkowska M. i Zespół ds Rekomendacji Etycznych w Perinatologii. *Noworodek urodzony na granicy możliwości przeżycia*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2011:15:95:249-263
5. Kenner C., Press J., Ryan D., *Recommendations for palliative and beneaveme NICU a family – centerd integrative approach*. J.Perinatology 2015:35:19-23
6. Rutkowska M., Szczepański S., Walas W., Pawlik D., Karwacki M., Szeroczyńska M., Kmita G., *Zasady postępowania w neonatologii przy podejmowaniu decyzji o objęciu opieką paliatywną uwzględniające racje etyczne. Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce*, Polskie Towarzystwo Neonatologiczne i Media Press Sp.z.o.o., Warszawa 2017



Beata Zawadowicz

To już trzeci tom serii – Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego. Książka jest pokłosiem obchodów stulecia śmierci doktora Władysława Biegańskiego w ramach ogłoszonego przez Senat RP roku 2017 Rokiem Władysława Biegańskiego. Poświęcona jest wybitnej postaci Doktora oraz problemom etyczno-filozoficznym medycyny. Recenzent książki dr hab. Maciej Woźniczka napisał: „Recenzowana monografia bez wątpienia niesie istotną, pozytywną wartość poznawczą. Może stanowić przykład właściwego uhonorowania obchodów rocznicowych, związanych z wybitną postacią nie tylko zawodu, ale i dyscypliny naukowej. Publikacja jest cenna zarówno ze względu na podejmowaną problematykę, jak i pełne badawczej wnikliwości i erudycji sposoby realizacji poruszanych tematów.”

Książka dokumentuje też rezultaty wartościowej współpracy Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, założonego w 1901 r. przez dr. Władysława Biegańskiego, oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – z Urzędem Miasta Częstochowy, Okręgową Izbą Lekarską w Częstochowie, Warszawie, Śląską Izbą Lekarską, Naczelną Radą Lekarską, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie oraz z Polonią Medyczną Świata.

*Lek. med. Beata Zawadowicz
Prezes Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego*

ISBN 978-83-915623-9-0



9 788391 156239 0