

В.А. Соколов, С.А. Петрачков, А.А. Степаненко,
А.Л. Адмакин, П.А. Кабанов, Д.К. Якимов



Ожоги у беременных. Медицинские, этические и правовые аспекты проблемы

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Рассматриваются медицинские, этические и правовые аспекты проблемы ожогов у беременных. Показано, что незначительное число клинических случаев и малое количество научных публикаций создают определенные трудности для всестороннего изучения различных вопросов данной темы. Установлено, что профессиональная подготовка врачей, особенно исходный уровень знаний молодых специалистов, является решающим фактором правильной оценки тяжести состояния обожженной женщины как на месте оказания первой помощи, так и при последующем ее лечении в стационаре. Акцентируется необходимость тщательного сбора анамнеза и полноценного обследования всех женщин репродуктивного возраста, обращающихся за медицинской помощью или поступающих на стационарное лечение с термической травмой. Значимой является совместная работа команды специалистов, главная роль в которой отводится колбустиологам, акушерам, а при наличии обширных поражений кожных покровов и реаниматологам. Приведены возможные негативные варианты течения термической травмы в случае, если пострадавшая начинает заниматься самолечением или обращаться к непрофильным специалистам или врачевателям, в том числе повышается вероятность развития общих и местных осложнений, негативно влияющих на нормальное течение беременности. Установлена значимость рассматриваемой темы для представителей военно-медицинской службы с учетом расквартирования воинских частей в отдаленных гарнизонах или в случаях их привлечения к миротворческим операциям или ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций мирного времени на территории иностранных государств.

Ключевые слова: военная медицина, термическая травма, ожоги у беременных, диагностика ожога и беременности, лечебно-диагностические мероприятия на догоспитальном этапе, лечение в стационаре, самолечение, осложнения, необоснованное применение лекарственных препаратов, этические проблемы, правовые нарушения.

Лечение ожогов у беременных и в XXI в. остается одной из актуальных проблем как гражданской, так и военной медицины. С одной стороны, такие пациенты пусть не часто, но поступают в различные медицинские учреждения [42]. Как правило, в большинстве случаев термическую травму они получают в быту вследствие личной неосторожности или бытовых конфликтов в семье [23, 31].

Военные медики при выполнении миротворческих миссий в зонах локальных вооруженных конфликтов или во время ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций мирного времени на территориях иностранных государств оказывают амбулаторную и стационарную помощь местному населению, пострадавшему при пожарах, возникших в результате обстрелов, взрывов, террористических актов [16, 18]. При этом лечебно-диагностический процесс происходит в условиях высочайшего психоэмоционального напряжения всех участвующих в нем людей (медицинских работников, обожженных, их родственников, представителей местной власти и т. д.) при отсутствии высококвалифицированных переводчиков, способных помочь собрать в полном объеме жалобы, анамнез заболевания и жизни обожженной женщины.

В настоящее время число научных публикаций по рассматриваемой тематике для информирования специалистов с целью принятия эффективных решений как в повседневной практической работе, так и при развитии критических ситуаций крайне ограничено [8, 40].

Ожоги, особенно обширные по площади и значительные по глубине, могут представлять серьезную угрозу как жизни беременной женщины, так и плода. Неблагоприятные последствия утраты кожного покрова приводят к быстрому истощению уже изначально сниженных механизмов адаптации системы будущей матери. Поэтому термическая травма повышает риск спонтанных аборт и преждевременных родов [15].

Вследствие указанных причин протокол оказания медицинской помощи таким пациенткам, начиная с этапа первичного осмотра медицинским работником, должен быть адаптирован с учетом вероятности дополнительного фактора – плода и необходимости обеспечения его благополучия. Для решения данной задачи необходима формулировка четкой последовательности действий на всех этапах медицинской эвакуации.

При первичном осмотре опытный врач бригады скорой помощи в большинстве случаев может с достаточной высокой степенью достоверности установить, что пострадавшая женщина ждет ребенка. Этому способствует целенаправленный и тщательный сбор анамнеза жизни и выявление ряда вероятных и достоверных признаков. Полученные данные позволят ему правильно организовать щадящую транспортировку пациентки в ближайшее специализированное лечебное учреждение и своевременно проинформировать дежурную службу [24]. Лечебно-диагностическая тактика будет определяться тяжестью термической травмы и сроком беременности. В любом случае в

стационаре должна быть мультидисциплинарная команда, которой предстоит проводить эффективное лечение сразу двум пациентам, которые находятся в сложных физиологических отношениях [32, 34, 45].

Это в идеале. А что может произойти, если на вызов приедет молодой специалист, который за время учебы в вузе не получил достаточной теоретической и практической подготовки по дисциплине «Термические поражения», а после выпуска не приобрел личного профессионального опыта? А если травму женщина получает в сельской местности или на территории отдаленного военного гарнизона, где рядом нет ожогового отделения или врача, прошедшего тематическое усовершенствование в системе последипломного образования?

Специалисты отмечают, что как в развивающихся, так и в экономически развитых странах учебные программы данного цикла непродолжительны по времени и нуждаются в расширении перечня изучаемых тем [10, 25, 38, 46]. В результате прибывшие по вызову сотрудники служб скорой помощи допускают ошибки, существенно влияющие на качество оказываемых пособий. Например, сотрудники вьетнамского Национального института по лечению ожогов N.N. Lam и N.T. Dung [26] сообщили, что на догоспитальном этапе перевязочные материалы применялись лишь у 36,4% пострадавших, а площадь поверхности ожога была точно определена только в 21,9% случаев. Опыт нашей клиники свидетельствует, что аналогичные ситуации нередко встречаются и в Санкт-Петербурге [9].

Среди специалистов нет единого мнения об оптимальном перечне проводимых диагностических исследований для подтверждения или исключения факта «скрытой» беременности у обожженных женщин, поступающих на лечение в стационары. Например, Z. Masoodi et al. [33] считают, что определение в моче или в крови хорионического гонадотропина человека позволяет не только разработать индивидуальную программу лечения термической травмы, но и «предотвратить потенциальную угрозу материнской и эмбриональной жизни». Врачи ливийского госпиталя Aljala считают, что пробы на беременность, ультразвуковое исследование (УЗИ) являются «основными диагностическими обследованиями, используемыми для подтверждения беременности и ее динамики у всех пациенток, поступающих к ним на лечение с термической травмой» [20]. Коллектив авторов под руководством V. Jain [22] рекомендует выполнять какое-то одно исследование – или пробу, или УЗИ. Однако авторы работы поддерживают точки зрения С.С. Hill [21] и Н. Mendez-Figueroa et al. [35] о том, что все женщины детородного возраста при поступлении в ожоговый стационар должны быть проверены на беременность, если это состояние не констатируется самой пострадавшей или не определяется визуально. Аксиомой для практикующих врачей должна стать следующая мысль: гиподиагностика или недостаточный полный объем проводимого лечения, из-за опасений возможных негативных эффектов на состояние плода является тактической ошибкой. Знание этой аксиомы позволит оперативно организовать консультацию аку-

шера, провести необходимые лабораторные и функциональные исследования и осуществлять последующее динамическое наблюдение за состоянием здоровья пострадавшей женщины и ее плода во время лечения термической травмы [27, 30].

Использование визуального и инвазивного мониторинга за состоянием организма пострадавшей, индивидуально разработанной (с учетом гестационного срока) по содержанию и рассчитанной по объему интенсивной терапии, применение эффективной хирургической тактики и местного лечения ран, привлечение к консультационной работе всех необходимых специалистов являются одними из важнейших условий спасения жизни будущей матери и ее ребенка во время их пребывания в специализированном стационаре [39].

Неправильная оценка тяжести состояния пострадавшей может приводить к ошибочным рекомендациям лечения ожога в амбулаторных условиях. Зачастую это бывает тогда, когда женщина еще не знает, не уверена или по каким-то причинам преднамеренно скрывает беременность. В последнем случае существует опасение, что факт беременности будет обнаружен при медицинском обследовании в стационаре или поликлинике, а затем станет известен родственникам, знакомым или работодателю [17, 19]. Поэтому некоторые женщины начинают заниматься самолечением ожоговых ран, не подозревая о возможной угрозе эмбриону и своему здоровью. Как считают Л.Б. Околенко с соавторами [5], в отдельных регионах России самолечением разнообразной патологии, в том числе и ожогов, занимается 69% населения. В этих случаях широко используются лекарственные средства (ЛС) (например, антисептики, мази, анальгетики и седативные препараты), доступные для свободной продажи в аптеках [28, 36, 37, 44]. Но не в каждой аптеке или аптечном пункте в ассортименте, предлагаемом потребителям, есть ЛС, обладающие положительным фармакологическим действием на раневую процесс в ожоговой ране [2]. Поэтому рациональное использование ЛС требует достаточно высокого уровня общих знаний, образованности, социально-экономического статуса не только провизоров, но и пациентов [3, 7]. Абсолютно безопасных ЛС не существует. Они могут быть противопоказаны конкретной пациентке, имеющей соматическую сопутствующую патологию или исходно принимающей препараты в связи с определенными особенностями течения беременности. Кроме того, их взаимодействие с другими ЛС, алкоголем, пищей нередко вызывает нежелательные местные и общие реакции (в том числе связанные с состоянием эмбриона), а в наиболее тяжелых случаях – гибель женщины [29].

Еще один вариант лечения ожогов кожи происходит, когда пострадавшая обращается к народным целителям. В Российской Федерации 95% народных целителей не имеют медицинского образования, а свыше 40% из них нуждаются в лечении психических отклонений [4]. Поэтому говорить о наличии у них теоретических и практических знаний об особенностях течения раневого

процесса при ожогах кожи не приходится. Отсюда вытекает высокая вероятность продолжительного по времени лечения и развития местных и общих осложнений.

Не редки случаи, когда в сельской местности или малонаселенных районах лечение проводит медицинский работник (зачастую фельдшер). В городах есть вероятность, что знакомые или родственники могут порекомендовать опытного по их мнению врача. Но будут ли эти медицинские работники (в селе и в городе) иметь специальную подготовку по теме «Термические поражения» и личный опыт лечения ожогов, большой вопрос. Значит, уже с первого визита будут нарушены многие требования нормативно-правовой базы, регулирующей охрану здоровья населения Российской Федерации, например о реализации права пациента на получение информации о состоянии здоровья [14]. Отсутствие необходимых знаний не позволит медицинскому работнику не только правильно поставить диагноз, оценить тяжесть травмы, эффективно лечить пациентку с соблюдением правил асептики и антисептики (если перевязки будут выполняться на дому у пострадавшей или в неприспособленных для этого помещениях), вовремя диагностировать развивающиеся осложнения, но и адекватно разъяснять обожженной женщине динамику местного раневого процесса и причины возникших негативных изменений ее общего состояния. О проведении каких-либо диагностических исследований на наличие беременности и консультаций акушера на дому говорить не приходится. Итог может быть плачевным, как для будущей матери, так и плода. Например, даже при условии лечения пациенток в специализированном ожоговом стационаре гибель эмбриона в первом триместре достигает 66,7% [43].

Кроме того, информация, составляющая медицинскую тайну гражданина, может быть передана третьим лицам и привести к развитию неприятных или конфликтных для будущей матери ситуаций [6].

В сфере внимания юристов оказываются не только проблемы определения правовых критериев качества медицинской помощи [12], но и особенности привлечения врачей, иных медицинских работников в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи к юридической ответственности [11, 12]. Поэтому врачам, принимающим предложение о лечении ожогов у женщин частным образом, стоит задуматься о правильности своего выбора.

Ожоги у беременных являются многогранной проблемой современной медицины. Изучение эффективности организации специализированной помощи пострадавшим женщинам, отдельных вопросов диагностики, местного, общего симптоматического, хирургического лечения и последующей реабилитации будет способствовать спасению многих человеческих жизней, рождению детей. Все вышесказанное имеет научно-практическую значимость и для военной медицины. Невозможно предусмотреть те ситуации, когда военным врачам придется оказывать помощь женщинам с термической травмой, часть из которых может оказаться беременными.

Выявление негативных факторов, возникающих в различных клинических случаях, помимо медицинских решений нуждается в этической и правовой оценке. Конечным результатом проводимого лечения является возвращение здоровья пострадавшей женщине и рождение у нее здорового ребенка.

Литература

1. Гарипова, И.И. Добровольное согласие граждан на медицинское вмешательство в аспекте гражданско-правовой действительности / И.И. Гарипова // Мед. право. – 2016. – № 2. – С. 39–44.
2. Закружная, Е.А. Государственный лицензионный контроль за деятельностью индивидуальных предпринимателей при осуществлении фармацевтической деятельности / Е.А. Закружная // Мед. право. – 2016. – № 2. – С. 44–49.
3. Курьянова, Н.Н. Клинико-социальная характеристика женщин, употреблявших во время беременности алкоголь / Н.Н. Курьянова, Н.И. Болотникова, Л.В. Удодова // Усп. соврем. естествознания. – 2006. – № 2. – С. 36–36.
4. Мустафаев, С.Э. Ответственность за незаконное занятие народной медициной / С.Э. Мустафаев // Мед. право. – 2015. – № 2. – С. 47–49.
5. Оконенко, Л.Б. Безрецептурный отпуск и самолечение / Л.Б. Оконенко [и др.] // Вест. РУДН, серия Медицина. – 2009. – № 4. – С. 42–46.
6. Павлов, А.В. Этимология врачебной (медицинской) тайны / А.В. Павлов // Мед. право. – 2015. – № 3. – С. 48–51.
7. Равинг, Л.С. Социально-психологические аспекты угрозы прерывания беременности у женщин города Кемерово / Л.С. Равинг, И.Ю. Карась // Усп. соврем. естествознания. – 2004. – № 3. – С. 32–33.
8. Соколов, В.А. Ожоги у беременных: распространенность, структура, исходы / В.А. Соколов с соавт. // Воен.-мед. журн. – 2016. – Т. 37, № 12. – С. 38–43.
9. Соколов, В.А. Сравнительная характеристика частоты диагностических ошибок при определении площади и глубины термических наблюдений на догоспитальном этапе и при клиническом обследовании / В.А. Соколов, М.Х. Загиров // Скорая мед. помощь. – СПб. – 2006. – Т. 7, № 3. – С. 54.
10. Соколов, В.А. Этические аспекты преподавания цикла «Термические поражения» / В.А. Соколов, И.В. Чмырев // Мат. конф. «Актуальные проблемы формирования профессиональной культуры и этики врачей в процессе обучения». – СПб. – 2015. – С. 103–105.
11. Сучков, А.В. К вопросу о противоречивости оснований квалификации преступных деяний медицинских работников при исполнении профессиональных (должностных) обязанностей по статье 293 УК РФ Халатность / А.В. Сучков // Мед. право. – 2013. – № 6. – С. 40–48.
12. Сучкова, Т.Е. Административная ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей / Т.Е. Сучкова // Мед. право. – 2011. – № 4. – С. 48–56.
13. Сучкова, Т.Е. К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки / Т.Е. Сучкова // Мед. право. – 2014. – № 6. – С. 41–44.
14. Эртель, Л. А. Особенности реализации права пациента на информацию о состоянии здоровья / Л. А. Эртель // Мед. право. – 2015. – № 1. – С. 14–16.
15. Agarwal, P. Thermal injury in pregnancy: predicting maternal and fetal outcome / P. Agarwal // Indian J. Plastic Surgery. – 2005. – Vol. 38, № 2. – P. 95–99.
16. Atiyeh, B.S. Military and Civilian Burn Injuries During Armed Conflicts / B.S. Atiyeh, S.W.A. Gunn, S.N. Hayek // Ann. Burns Fire Disasters. – 2007. – Vol. 31, № 4. – P. 203–215.
17. Behera, C. Medico-legal autopsy of abandoned fetuses and newborns in India / C. Behera [et al.] // Med. Leg. J. – 2016. – Vol. 84, № 2. – P. 109–111.

18. Chapman, T.T. Military return to duty and civilian return to work factors following burns with focus on the hand and literature review / T.T. Chapman [et al.] // J. Burn Care Res. – 2008. – Vol. 29, № 5. – P. 756–762.
19. Du Toit-Prinsloo, L. The medico-legal investigation of abandoned fetuses and newborns – a review of cases admitted to the Pretoria Medico-Legal Laboratory, South Africa / L. Du Toit-Prinsloo [et al.] // Int. J. Legal Med. – 2016. – Vol. 130, № 2. – P. 569–574.
20. El-Gallal, A.R.S. Burns in pregnancy: A ten-year review of admitted patients / A.R.S. El-Gallal, S.M. Yousef // Annals of Burns and Fire Disasters. – 2002. – Vol. 15. – P. 113–115.
21. Hill, C.C. Trauma in the obstetrical patient / C.C. Hill // Womens Health. – 2009. – Vol. 5, № 3. – P. 269–283.
22. Jain, V. Guidelines for the Management of a Pregnant Trauma Patient / V. Jain [et al.] // J. Obstet Gynaecol Can. – 2015. – Vol. 37, № 6. – P. 553–574.
23. Karimi, H. Burn injuries during pregnancy in Iran / H. Karimi [et al.] // Int. J. Gynaecol Obstet. – 2009. – Vol. 104, № 2. – P. 132–134.
24. Kennedy, B.B. Burn injuries and pregnancy / B.B. Kennedy, S.M. Baird, N.H. Troiano // J. Perinat Neonatal Nurs. – 2008. – Vol. 22, № 1. – P. 21–30.
25. Klas, K.S. Multicenter assessment of burn team injury prevention knowledge / K.S. Klas [et al.] // J. Burn Care Res. – 2015. – Vol. 36, № 3. – P. 434–439.
26. Lam, N.N. First aid and initial management for childhood burns in Vietnam – an appeal for public and continuing medical education / N.N. Lam, N.T. Dung // Burns. – 2008. – Vol. 34, № 1. – P. 67–70.
27. Lari, A.R. Suicidal behavior by burns in the province of Fars, Iran / A.R. Lari [et al.] // Crisis. – 2009. – Vol. 30, № 2. – P. 98–101.
28. Leelavathi, M. Contact dermatitis presenting as non-healing wound: case report / M. Leelavathi [et al.] // Asia Pac. Fam. Med. – 2011. – Vol. 10, № 1. – P. 6.
29. Lin, X. Declined Natural Killer Cells Emerging in Women with Unexplained Recurrent Spontaneous Abortion and Further Reducing after Medical Therapy / X. Lin [et al.] // Clin. Lab. – 2016. – Vol. 62, № 11. – P. 2241–2247.
30. Maghsoudi, H. Etiology and outcome of burns in Tabriz, Iran. An analysis of 2963 cases / H. Maghsoudi, A. Pourzand, G. Azarmir // Scand. J. Surg. – 2005. – Vol. 94, № 1. – P. 77–81.
31. Maghsoudi, H. Burns in pregnancy / H. Maghsoudi [et al.] // Burns. – 2006. – Vol. 32, № 2. – P. 246–250.
32. Malinova, M. Pregnancy and trauma / M. Malinova // Akush. Ginekol. – 2011. – Vol. 50, № 5. – P. 44–48.
33. Masoodi, Z. Routine use of urinary hCG test in adult burn females to detect «hidden» pregnancies: a review / Z. Masoodi, I. Ahmad, S. Yousuf // Burns. – 2013. – Vol. 39, № 4. – P. 803–807.
34. Mattox, K.L. Trauma in pregnancy / K.L. Mattox, L. Goetzl // Crit. Care Med. – 2005. – Vol. 33, № 10. – P. 385–389.
35. Mendez-Figueroa, H. Trauma in pregnancy: an updated systematic review / H. Mendez-Figueroa [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 209, № 1. – P. 1–10.
36. Morris, L.D. Feasibility and potential effect of a low-cost virtual reality system on reducing pain and anxiety in adult burn injury patients during physiotherapy in a developing country / L.D. Morris, Q.A. Louw, L.C. Crous // Burns. – 2010. – Vol. 36, № 5. – P. 659–664.
37. Morris, L.D. The effectiveness of virtual reality on reducing pain and anxiety in burn injury patients: a systematic review / L.D. Morris, Q.A. Louw, K. Grimmer-Somers // Clin. J. Pain. – 2009. – Vol. 25, № 9. – P. 815–826.
38. Nizamoglu, M. Cold burn injuries in the UK: the 11-year experience of a tertiary burns centre / M. Nizamoglu [et al.] // Burns. Trauma. – 2016. – Vol. 11, № 4. – P. 36.
39. Oxford, C.M. Trauma in pregnancy / C.M. Oxford, J. Ludmir // Clin. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 52, № 4. – P. 611–629.
40. Parikh, P. Burns During Pregnancy: Implications for Maternal-Perinatal Providers and Guidelines for Practice / P. Parikh [et al.] // Obstet. Gynecol. Surv. – 2015. – Vol. 70, № 10. – P. 633–643.
41. Subrahmanyam, M. Burns During Pregnancy – Effect on Maternal and Foetal Outcomes / M. Subrahmanyam // Ann. Burns Fire Disasters. – 2006. – Vol. 19, № 4. – P. 177–179.
42. Tweddle, C.J. Trauma during pregnancy / C.J. Tweddle // Crit. Care Nurs Q. – 2006. – Vol. 29, № 1. – P. 53–67.
43. Vaghardoost, R. Epidemiology of burns during pregnancy in Tehran, Iran / R. Vaghardoost, J. Kazemzadeh, S. Rabieepoor // Burns. – 2016. – Vol. 42, № 3. – P. 663–667.
44. Weinberg, K. Pain and anxiety with burn dressing changes: patient self-report / K. Weinberg [et al.] // J. Burn Care Rehabil. – 2000. – Vol. 21, № 2. – P. 155–156.
45. Wolthuis, A.M. Trauma during pregnancy / A.M. Wolthuis [et al.] // Z. Geburtshilfe Neonatol. – 2005. – Vol. 209, № 3. – P. 113–117.
46. Zinchenko, R. Burns teaching in UK medical schools: Is it enough? / R. Zinchenko, F.M. Perry, B.S. Dheansa // Burns. – 2016. – Vol. 42, № 1. – P. 178–183.

V.A. Sokolov, S.A. Petrachkov, A.A. Stepanenko, A.L. Admakin, P.A. Kabanov, D.K. Yakimov

Burns in pregnant women. Medical, ethical and legal aspects of the problem

Abstract. Medical, ethical and legal aspects of burns in pregnant women are considered. It is shown that not a significant number of clinical cases and a small number of scientific publications create certain difficulties for a comprehensive study of various issues of this topic. It is established that the professional training of doctors, especially the initial level of knowledge of young professionals, is the decisive factor in correctly assessing the severity of the condition of the burned woman both at the site of first aid and at her subsequent treatment in the hospital. The need for careful collection of anamnesis and a full-scale examination of all women of reproductive age who seek medical help or who are admitted to inpatient treatment with thermal trauma is emphasized. Significant is the joint work of a team of specialists, whose main role is assigned to combustiologists, obstetricians, and in the presence of extensive lesions of the skin and resuscitators. Possible negative variants of the course of a thermal trauma are given in the event that the victim begins to engage in self-treatment or turn to non-specialized specialists or physicians. Increases the likelihood of developing general and local complications that negatively affect the normal course of pregnancy. The importance of the topic under consideration for representatives of the military medical service is taken into account, taking into account the quartering of military units in remote garrisons or in cases of their involvement in peacekeeping operations or liquidation of the consequences of peacetime emergency situations on the territory of foreign states.

Key words: military medicine, thermal trauma, burns in pregnant women, diagnosis of burn and pregnancy, medical and diagnostic measures at prehospital stage, inpatient treatment, self-medication, complications, unjustified use of medicines, ethical problems, legal violations.

Контактный телефон: +7-905-271-23-32; e-mail: vsokolov60@mail.ru