

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» И «ВРАЧ-ВРАЧ» В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Случаи представлены Григорян В.А.

Комментарии- Костенко О.В., Губа Т.И.

Методы контрацепции должна выбирать сама женщина, врач должен только информировать ее о существующих возможностях и о состоянии ее здоровья, позволяющем или не позволяющем применять их. То же самое относится к выбору методов родовспоможения, за исключением случаев, когда существуют значительные риски для здоровья плода или роженицы.

Ключевые слова: методы контрацепции, оперативное родовспоможение, врач акушер-гинеколог, патернализм, гормонофобия.

ETHICAL PROBLEMS OF DOCTOR-PATIENT AND DOCTOR-DOCTOR RELATIONSHIPS IN OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL PRACTICE

Cases are provided by Grigoryan V. A.

Comments: Kostenko O. V, Guba T.I.

It is the woman who should choose a contraception method while the doctor can only inform her of the existing options as well as of her health condition making its administration possible or impossible. The same is true about choosing the methods of obstetric aid excluding the cases when there are considerable risks for the health of the fetus or the parturient woman.

Keywords: contraception methods, operative obstetric aid, doctor, gynecologist, paternalism, hormonophobia.

Случай 1. Родильница В., 27 лет. В анамнезе 3 беременности, две из которых закончились оперативными родами и одна была прервана по желанию женщины. Первые роды в 2006 году осложнились дородовым излитием вод, слабостью родовых сил, в связи с чем была произведена операция кесарево сечение, извлечена девочка массой 3500 гр с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Грудью ребенка не кормила. Первый год после родов с целью контрацепции использовала КОК «Регулон» в течение 6 месяцев, но затем в связи с прибавкой веса прекратила прием контрацептива, и в дальнейшем предохранялась презервативом. В 2008 году произведен медицинский аборт в срок до 12 недель по желанию женщины, послеабортный период протекал без осложнений. Данная беременность третья, желанная. В 1-ой половине беременности осложнилась начавшимся самопроизвольным выкидышем в 10-11 недель, по поводу чего проводилось

стационарное лечение. 2-я половина беременности протекала на фоне гестоза легкой степени, в сроке 36 недель получала амбулаторное лечение. При скрининге на УЗИ обнаружено обвитие пуповины вокруг шеи. Врачом женской консультации беременной было рекомендовано оперативное родоразрешение со словами: «Было одно кесарево, будет и второе, и возраст у тебя не тот, чтобы самой рожать, да и ребеночек пуповиной обмотан».

Беременная госпитализирована в родильный дом в сроке 38-39 недель по направлению из женской консультации для проведения планового оперативного родоразрешения в связи с наличием рубца на матке. При обследовании в роддоме: по УЗИ рубец на матке – состоятельный. ПМП 3500-3600 грамм. Однократное обвитие пуповиной вокруг шеи. Проведенное обследование свидетельствовало о возможном родоразрешении через естественные родовые пути. В роддоме проводилась беседа с женщиной о такой возможности, но женщина была категорически настроена на оперативное родоразрешение ссылаясь на врача женской консультации.

23 января 2011 года, женщина была прооперирована в плановом порядке. Извлечен мальчик массой 3650 грамм, 48 см. длиной, без обвития пуповиной вокруг шеи, с оценкой 7-8 баллов по шкале Апгар.

При правильном проведении подготовки к родам данная беременность могла быть завершена через естественные родовые пути, что позволило бы пациентке иметь в дальнейшем беременности и роды.

Комментарий. В данном случае родоразрешение через естественные родовые пути было бы более гуманным для организма женщины, у которой уже есть рубец на матке. Кроме того, конечной целью-ценностью акушерско-гинекологической помощи всегда является сохранение детородной функции женщины в максимально полном объеме, чего в данном случае достигнуто не было. Но естественны опасения врача по поводу данных УЗИ заставляют думать, что в данном случае медицинские работники действовали по принципу наименьшего зла. Риск потерять ребенка был, поэтому ориентировались на то, чтобы его избежать.

Собственно этическая проблема здесь – формирование врачом установки на оперативное родоразрешение у самой роженицы. Можно сказать, что женщина была полностью информирована, она знала, что означает подобная операция на собственном опыте и, следовательно, ее решение было автономным. Но все-таки остается сомнение в том, что она категорически настаивала бы на нем, если бы не слова врача, сказанные при осмотре и процитированные в представленном материале. Разумеется, они повлияли на мнение женщины, но мы не знаем, как и в какой степени, поэтому здесь просто нельзя выносить моральной оценки действиям врача. Возможно, и без его подсказки роженица приняла бы аналогичное решение. Дело в том, что в данном случае пациентка полностью компетентна, информирована, адекватна психически, ориентирована на рождение ребенка.

Случай 2. Родильница Е., 24 лет. В анамнезе 1 беременность, желанная. Родоразрешена операцией кесарево сечение с диагнозом: Беременность 40 недель. Ягодичное предлежание плодом мужского пола. Пуповинная патология. При обследовании в роддоме по УЗИ обнаружено однократное обвитие пуповиной вокруг шеи. Извлечен мальчик массой 3200 грамм, 50 см. длиной, 6/7/8 баллов по шкале Апгар, с однократным не тугим обвитием пуповиной вокруг шеи.

На 4-е сутки после родов подготовленным специалистом в послеродовом отделении проводилась беседа по вопросам: контрацепции после операции кесарево сечение, времени начала половой жизни, обращения в женскую консультацию и выбора метода защиты от нежелательной беременности. Женщина прослушав лекцию была настроена на предохранение от последующей беременности через 2 месяца после родов, при помощи внутриматочной спирали «Мирена».

В последующем выяснилось, что женщина обратилась к врачу женской консультации для обследования и выбора метода контрацепции, как ей и рекомендовал врач в послеродовом отделении. В женской консультации ей не рекомендовали ВМС, обосновывая это тем, что после кесарева сечения,

«не следует вводить в полость матки инородное тело», это может явиться причиной несостоятельности рубца в будущем. На взгляд врача женской консультации было рекомендовано одно из наиболее безопасных способов контрацепции, для женщин кормящих грудью - вагинальные суппозитории «Фарматекс». Женщина воспользовалась данной рекомендацией. После первого использования данного контрацептива, у нее появились зуд и жжение во влагалище, в связи с чем, она перестала их применять, и решила ограничиться презервативами.

В результате использования малоэффективных средств контрацепции, в октябре 2011 года, то есть через 5 месяцев после родов, в период заживления послеоперационного рубца, наступила нежеланная беременность. В связи с чем, был выполнен медицинский аборт в сроке 9-10 недель. Послеабортный период не осложнился.

Комментарий. А здесь мы можем более определенно говорить об этической ущербности позиции врача женской консультации. Его низкая квалификация в данном случае, а также отсутствие преемственности в работе родильного стационара и женской консультации способствовали неблагоприятному развитию данной ситуации.

Здесь вскрывается интересный аспект, когда врачи собственные предпочтения отождествляют с предпочтительным для пациентки. Разумеется, врач должен иметь собственное мнение, тем более по поводу контрацептивных препаратов. Но ни в коем случае не должен давать пациентке однозначных рекомендаций. Выбор остается за ней. Необходимо только дать объективную характеристику препаратов и состояния здоровья пациентки, соблюдая при этом правило – обязательно предлагать альтернативу любому рекомендуемому контрацептивному средству. В данном случае, возможно, мы сталкиваемся с отголоском гормонофобии, довольно распространенной среди врачей акушеров-гинекологов. Личное отношение врача к препарату не имеет значения. Значение имеет только объективная информация. Разумеется, есть пациентки, которые прямо

спрашивают: «Доктор, а Вам что больше нравится?» или «Я не могу определиться, буду применять тот способ контрацепции, который Вы рекомендуете». Такие пациентки предпочитают патерналистскую модель взаимоотношений и, очевидно, выбирать не хотят. Но врач должен ориентировать их на самостоятельное решение, предлагая обсудить ту информацию, которую он может предоставить.