

родовспоможении широко используются колдовство и природные факторы с малоизученной эффективностью, а «персонал» такого родовспоможения часто не осведомлен о показаниях и сроках направления роженицы в акушерский стационар.

Во-вторых: Трудности транспортировки. Дороги во многих сельских районах очень плохие, так что транспортировка может занять от несколько часов до полутора суток. Во время сезона дождей некоторые дороги просто непроходимы. Машин и другого транспорта также очень мало, нередко он доступен только в дни рыночной торговли, но и до транспорта женщине приходится проходить пешком несколько километров. Страх, что женщины могут испачкать автомобиль или даже умереть в нем приводят к завышенной стоимости перевозки, формируя определенный ценовой барьер.

В-третьих: Факторы, связанные с оказанием помощи непосредственно в стационарах. Повсеместно выявляются негативное отношение персонала к пациенткам, неадекватный объем услуг, дефицит коечного фонда, крови, лекарств и оборудования, низкое качество водоснабжения и продуктов питания.

В-четвертых: Распределение больниц и персонала по стране. Медицинские учреждения разобщены и находятся на большом расстоянии друг от друга, имеют плохие транспортные подъезды, их строительство чаще основывалось на политической целесообразности, чем на фактическом распределении населения. Многие врачи и акушерки отказываются работать в сельских районах из-за отсутствия социальной инфраструктуры.

И все-таки, решив эти четыре проблемы, станет ли материнская смертность в Ганне ниже? Скорее всего, нет, пока не будет понимания того, что человеческая жизнь представляет собой особую ценность. А это уже проблема не медицинская, а этическая.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Акушерские кровотечения (профилактика и лечение) / Э.К. Айламазян, М.А. Репина, Т.У. Кузьминых // Акуш. и гинекология. - 2009. - №3. - С. 15-20.
2. Савельева, Г.М. Материнская смертность и пути ее снижения / Г. М. Савельева, М. А. Курцер, Р. И. Шалина // Акушерство и гинекология. - 2009. - №3. - С. 11-15.
3. Agan T.U., Archibong E.I., Ekabua J.E., et al. Trends in maternal mortality at the University of Calabar Teaching Hospital, Nigeria, 1999–2009 // *Int. J. Womens Health*. – 2010. – Vol. 2. – P. 249–254.

4. Allen V.M., Baskett T.F., O'Connell C.M., et al. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor // *Obstet Gynecol*. 2009;113(6):1248–1258.

5. Miller D. et al. (eds.) *The Blackwell Encyclopaedia of Political Thought*. Oxford: Basil Blackwell, 1991. P. 414 - 416.

УДК 615:614.27

НЕКОТОРЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТОВ-ЖЕНЩИН

Севастьянова Н.В

врач-эндокринолог ГУЗ «Клиническая поликлиника № 3», г. Волгоград,
mywellness@inbox.ru

Хуако Г.А

врач акушер-гинеколог Адыгейского республиканского перинатального центра г.Майкоп, goshmaf@mail.ru

Ожирение – это биопсихосоциальная проблема, которую трудно скрыть от окружающих. Это хроническое рецидивирующее заболевание, требующее долгосрочного, практически пожизненного, лечения, цель которого - снижение массы тела, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных. В статье представлены некоторые этические особенности отношений врача-эндокринолога и пациентов с ожирением, что особенно актуально в период его пандемии.

Ключевые слова: ожирение, этические особенности, информированное согласие, автономия пациента, проявление некомплектности.

SOME ETHICAL FEATURES OF DOCTOR-FEMALE PATIENT RELATIONSHIP

Sevastyanova N.V.

endocrinologist of the municipal outpatient clinic No. 3, Volgograd, mywellness@inbox.ru

Khuako G.A.

obstetrician-gynecologist of the Adygea republican perinatal centre, Maikop, goshmaf@mail.ru

Obesity is a biopsychosocial problem which can hardly be hidden. It is considered to be a chronic and relapsing condition which requires long-term, most often life-time treatment which aims to reduce body weight, improve the quality of life and increase the patient's life span. The article discusses some ethical aspects of the relationship between the endocrinologist and patients with obesity which is particularly essential in the era of obesity pandemic.

Key words: obesity, ethical features, informed consent, patient autonomy, noncompliance

Случай1. Елена, преподаватель СУЗа 52 лет, мать двоих взрослых детей. В настоящее время проживает вдвоем с супругом. Елена обратилась к эндокринологу районной поликлиники с жалобами на избыточную массу тела (рост 165 см, вес 105 кг),

повышенный аппетит, слабость, утомляемость, одышку при физической нагрузке. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов исследования поставлен диагноз Ожирение III по смешанному типу (ОТ/ОБ=1,0, ИМТ 41,01). Пациентка ранее пыталась снизить вес, принимая препарат «Ксеникал», но вынуждена была прекратить прием из-за выраженного послабляющего эффекта, что мало сочеталось с ее режимом дня и спецификой трудовой деятельности. По городу пациентка перемещается на личном автотранспорте и ее двигательная активность сведена к минимуму. Для снижения веса пациентке были рекомендованы следующие мероприятия:

- рациональное питание (суточная калорийность в пределах 1 200-1 400 ккал/сутки, ведение пищевого дневника в течение всего периода снижения веса, прием пищи через каждые 3,5 - 4 часа)
- Для приготовления пищи использование соли с пониженным содержанием натрия, но не более 5 г в сутки.
- Растительная клетчатка по 1 чайной ложке * 3 раза в сутки, добавляя в основные блюда.
- Контроль за потреблением источников полноценного белка (нежирные сорта мяса, рыбы, птицы) 200-250 г в сутки.
- Соблюдение питьевого режима (1,5-2 л в сутки)
- Весь период снижения веса прием поливитаминов и Омега-3
- Оптимизация физической активности. Использование шагомера (10 000 шагов в сутки).

Следующего визит был назначен через 1 месяц. В указанный срок пациентка явилась на прием. При расспросе выяснилось, что больная рекомендации специалиста выполняет далеко не в полном объеме. Пациентка не ведет пищевой дневник и не считает калорийность блюд, мотивируя это «отсутствием свободного времени и вероятной малоэффективностью данного мероприятия». При активном расспросе выяснилось, что супруг пациентки имел неосторожность подвергнуть критике ее начинания, а также выразить неприязненное отношение к «бесполезным занятиям». Уже через пару дней после визита к эндокринологу больная прекратила подсчет калорийности блюд, ограничившись 2-е кратным приемом пищи в сутки (завтрак и ужин), уменьшением потребления кондитерских изделий и хлеба. Двигательная активность пациентки сведена к минимуму (по шагомеру до 3 500 шагов в сутки). Пациентка

обратилась к эндокринологу с жалобами на неудовлетворительную динамику снижения веса - за месяц «диеты» вес снизился лишь на 3 кг (при стартовом значении 110 кг), при том, что пациентка испытывает постоянное чувство голода.

Комментарий. Подписывая информированное согласие, добровольно принимая условия лечения, пациентка взяла на себя ответственность, с которой справиться не смогла. Если бы речь шла о недееспособном пациенте, или о пациенте с тяжелой клинической картиной болезни, то речь об ответственности перед врачом за невыполнение его назначений, идти не могла. Но в данном случае мы имеем дело с практически здоровой женщиной, качество жизни которой снижено из-за постоянных мыслей о недостатках фигуры. Она способна выполнять несложные назначения врача, но проявляет некомплаентность. Ясно, что отсутствие желаемых результатов лечения – результат поведения самой пациентки. Но может ли врач отказаться работать с ней? Нет, профессиональная этика допускает отказ от пациента только по согласованию с ним и при согласии другого врача взять данного пациента под свое наблюдение. Способ разрешения этого конфликта один – более подробно прописывать в Информированном согласии обязанности пациента.

Случай2. Татьяна после долгих уговоров привела на прием к врачу-эндокринологу своего супруга Александра в надежде, что доктор «уговорит пациента заняться своим здоровьем». У Александра лишний вес (ИМТ 39, ОТ/ОБ=1,2). Ему 45 лет, он - собственник небольшого, но успешного бизнеса, ведет активную общественную жизнь, часто находится в командировках (авиаперелеты со сменой часовых поясов 1-2 раза в неделю). Из вредных привычек - курение (до 1 пачки сигарет в сутки). При высоком ритме жизни пациент всегда бодр, инициативен, позитивно смотрит на мир и готов ко многим свершениям. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, а также данных лабораторных и инструментальных методов исследования поставлен диагноз Ожирение II по смешанному типу. Других значимых изменений в состоянии здоровья не выявлено. Пациенту комфортно в своем весе, он не испытывает стеснения при общении с коллегами, ведет регулярную половую жизнь, более того отмечает повышенное либидо. Негативно относится к идее супруги снизить вес, так как считает,

что его качество жизни находится на достаточно высоком уровне и не нуждается в коррекции.

Комментарий. В данном случае врач не может вмешиваться в отношения супругов, но свою компетентную точку зрения на проблему высказать может и должен, поскольку к нему обратилась за помощью пациентка. Но на чью сторону станет врач? Если он фиксирует лишний вес у мужчины и полагает, что впоследствии ему грозит метаболический синдром со всеми известными последствиями, он должен предупредить об этом. С другой стороны, явное нежелание мужчины предпринимать какие-то усилия по снижению веса – уже аргумент в пользу того, чтобы не пытаться уговорить его на обследование и лечение. Разумеется, врач рискует не оправдать надежды женщины, которая искренне беспокоится о здоровье мужа, но, с другой стороны, она тем самым ущемляет его право на автономию. Представляется, что в подобной ситуации внутрисемейного конфликта, врач должен руководствоваться одним принципом – принципом уважения автономии пациента. А это значит, что выносить свое суждение по поводу состояния здоровья пациента, который не хочет быть пациентом, врач не должен.

Литература:

1. Доника А.Д. Соответствие норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нормам и принципам биоэтики / А.Д.Доника, Л.Л.Кожевников // Биоэтика. – 2011 - № 2(8) – С.26-28.
2. Седова Н.Н. Об этической экспертизе законопроектов в сфере образования/ НН.Седова, Е.В.Приз // Биоэтика. - 2011- № 2(8) – С.10-12

УДК 615:614.25

НАРУШЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ НОРМ В КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Крайнова И.Ю.

Врач-косметолог, соискатель ученой степени кандидата медицинских наук кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета

Рахимуллина О.А.

кандидат медицинских наук, врач-косметолог, Главный врач Медицинского косметологического центра «АНТАМЕД», г.Казань, estetik-k@yandex.ru

Воробьева Н.А.

врач-дерматолог, аспирант кафедры нормальной физиологии Волгоградского государственного медицинского университета, cos@volgmed

Авторы рассмотрели случаи нарушения этических норм в практике врачей-косметологов. Главное внимание уделено расхождению в диагнозах и рекомендациях врачей разных косметологических учреждений.

Ключевые слова: врач-косметолог, процедура косметологическая, медицинские показания, косметологическая клиника, этические нормы.

VIOLATION OF ETHICAL STANDARDS IN THE PRACTICE OF COSMETOLOGY

Krajnova I.A.

Cosmetologist, post-graduate student of the chair of philosophy, bioethics and law with a course of social medicine, Volgograd State Medical University

Rakhimullina O.A.

PhD, cosmetologist, competitor degree of Doctor of Medical Sciences, Department of Philosophy, bioethics and law with a course of social medicine, Volgograd State Medical University, estetik-k@yandex.ru

Vorobyova N.A.

Post-graduate student of of the chair of normal physiology, Volgograd State Medical University, cos@volgmed

The authors have considered a number of cases when ethical standards in the practice of cosmetologists were violated. Greater attention is paid to the differences between diagnoses and recommendations made by physicians from different cosmetology clinics.

Key words: cosmetologist, cosmetology procedure, medical indications, cosmetology clinic, ethical standards.

Случай 1. Пациентка Н, 43 года. Обратилась в Центр красоты с целью омоложения кожи лица. При беседе с врачом дерматокосметологом предъявляла жалобы на снижение тонуса кожи, мелкую сеть морщин в области глаз, наличие многочисленных веснушек. В результате беседы с врачом был выбран метод лазерного омоложения кожи лица новейшим лазером FRAXELrestoredual. Врач объяснил пациентке, что панацеи против процессов старения нет, однако данная процедура значительно улучшит состояние ее кожи, тем более, что лазерное омоложение на подобной системе занимает лидирующие позиции в мире. Врач объяснил ей, что результат одной процедуры можно будет оценить через месяц, и что для выраженного эффекта ей потребуется 3 процедуры. Они договорились о дне процедуры. После проведенного лазерного омоложения пациентка Н. на осмотр не явилась, как полагалось через 10 дней. Она позвонила через 2 недели и сказала, что чувствует себя прекрасно и результат ее уже радует, что кожа вокруг глаз разгладилась и укрепилась и что она думает о последующем визите. По истечении месяца она вновь позвонила врачу и стала высказывать недовольство. Врач пригласил ее на осмотр. Она жаловалась на слабый эффект от лазера, высказывала, что стоимость процедуры совершенно неоправдана. Общалась грубо с врачом на «ты», сказала, что процедура совсем не повлияла на ее веснушки, а еще к тому же усугубила состояние, т.к. на ней появились