

ЭТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ

Потапова О.Н.

Статья посвящена проблеме патологии беременности и родов как следствие нарушения этических норм в процессе лечения бесплодия.

Ключевые слова: этическая оценка, врачебные ошибки, перинатальная служба.

ETHICAL EVALUATION OF MEDICAL MISTAKES IN THE PRENATAL SERVICE

Potapova O.N.

The article devoted for problem of pathological pregnancy as consequence of violation the ethical norms in a process of treatment of sterility.

Key words: ethical evaluation, medical mistakes, prenatal service.

В настоящее время в связи с прогрессирующей депопуляцией в стране особое место уделяется мероприятиям, стимулирующим рождаемость. Основная роль в этой системе мероприятий отводится повышению эффективности перинатальной службы.

Перинатальная служба несет ответственность за самую важную функцию человеческого существования – рождение детей. Между тем, состояние современной системы родовспоможения, охраны материнства и детства далеко не соответствует мировым стандартам. В регионах всего 25 % родов протекают нормально. При этом около 80 % беременных имеют сопутствующую патологию в виде анемии, пиелонефрита, сахарного диабета, гипертонической болезни, холецистита и т.д. Страдает репродуктивное здоровье молодежи. Около 40 % молодых супружеских пар бесплодны.

Современная медицина предлагает альтернативу лечению бесплодия в виде экстракорпорального оплодотворения. Однако, во-первых, не всем оно показано, а во-вторых, новые медицинские технологии просто не по карману многим супружеским парам. При этом, экстракорпоральное оплодотворение не дает стопроцентный положительный результат (возможно самопроизвольное прерывание беременности или другие осложнения). В этом случае бесплодные пары идут на эту операцию по нескольку раз, что выливается в огромную сумму денег. То есть, экстракорпоральное

оплодотворение доступно лишь состоятельным супружеским парам. Молодежи скромного достатка эти услуги практически не доступны. Кроме того, существуют случаи, когда экстракорпоральное оплодотворение не показано. Речь идет об эндокринном бесплодии у женщин, связанном с недостатком выработки женских половых гормонов. Именно один из таких случаев рассматривается в данной статье. Причем приводится весь анамнез женщины полностью, разделенный на отдельные случаи.

Случай 1. Больная N, 25 лет, в течение 2-х лет находящаяся в браке, обратилась в стационар с жалобой на бесплодие. В результате проведенного обследования был поставлен диагноз: бесплодие первичное эндокринного генеза. Склерокистоз яичников. Было назначено лечение гормонами (микрофоллин, туринал) по схеме в течение двух лет. Существовал и другой вариант лечения – клиновидная резекция яичников, на что женщина была согласна, но врачи выбрали консервативный путь лечения. В течение 2-х лет больная N находилась на гормонотерапии. В возрасте 27 лет больная N вновь поступает в стационар для обследования и дальнейшего лечения, так как беременность так и не наступила. После обследования было назначено то же лечение в течение 6 месяцев, а затем – прием кломифенцитрата с целью индукции овуляции.

Случай 2. Больная N поступила в стационар с диагнозом: беременность 6-7 недель. Угроза прерывания. На третьи сутки произошло самопроизвольное прерывание беременности. Больная была выписана после произведенного abrasio.

Комментарий. Для врачей-гинекологов бесплодие эндокринного генеза обычно не считается заболеванием. Угрозы здоровью и жизни женщины оно не представляет. В связи с этим чаще всего от таких пациентов врачи пытаются побыстрее избавиться – ведь у них достаточно много тяжелых больных. Возможно, они и правы, но нельзя поспешно назначать гормонотерапию. Во втором случае для сохранения беременности не была назначена гормонотерапия, хотя такой исход беременности без назначения

гормонов можно было предвидеть. Кроме того, беременность была у женщины первой, срок очень малый, и к вопросу об аборт врачам надо было отнестись более ответственно.

Случай 3. Через 3 года больная N в возрасте 30 лет вновь поступает в стационар, опять проходит обследование. Диагноз остается прежним. Назначено лечение: микрофоллин + туринал по схеме в течение 3-х месяцев, затем – кломифенцитрат по схеме с целью индукции овуляции в течение 3-х месяцев и гонадотропин хорионический по схеме. Через 6 месяцев больная вновь поступает в стационар с диагнозом беременность 8 недель. Угроза прерывания. Назначена гормонотерапия. При обследовании через неделю обнаружено увеличение размеров матки на 12 недель. При ультразвуковом исследовании обнаружено два плодных яйца. Поставлен диагноз многоплодная беременность. Угроза прерывания. Больная регулярно получала гормонотерапию до 16 недельного срока беременности. На сроке 16 недель вновь было произведено УЗИ, которое подтвердило наличие беременности двойней (мальчик и девочка). Состояние плаценты (их было две) было расценено, как нормальное. В течение 6 месяцев женщина находилась в стационаре. Проводилась адекватная терапия. На сроке 24 недели больная была переведена в роддом, где находилась в течение 4 недель, получала витаминотерапию и дексаметазон с целью сохранения беременности. На сроке 29 недель было назначено глубокое обследование, во время которого женщина за три часа 5 раз поднималась по лестнице с этажа на этаж, чтобы сдать анализы. В результате открылось массивное кровотечение вследствие предлежания плаценты (обе плаценты предлежали). Женщине было произведено кесарево сечение. Дети родились живыми, закричали сразу: вес девочки – 1600 г, мальчика – 1500 г. Женщине трижды переливали кровь. На следующий день женщине сообщили, что умер мальчик, через день умерла девочка. Увидеть детей врачи не разрешили. Женщина чудом выжила.

Комментарий. При назначении гормонотерапии кломифенцитратом врачами не была принята во внимание факторы риска: в инструкции сказано, что при применении этого лекарства возможна многоплодная беременность. Для женщины, имеющей сниженный гормональный фон, многоплодие нежелательно и даже опасно. Тем не менее, никаких инструкций по поводу предохранения от беременности во время приема препарата и наиболее оптимального срока зачатия после лечения этим препаратом от врачей не последовало. Женщина весь период беременности с 8 недельного до 29 недельного срока находилась в стационаре под наблюдением врачей, 2 раза обследовалась на УЗИ. И все это время врачи не могли распознать предлежание плаценты? А ведь тактика ведения беременности и ее исход могли бы быть иными, если бы было произведено ушивание шейки матки и беременной был бы назначен строгий постельный режим. При этом кровь на анализ должны были брать в палате, а не в лаборатории в разное время дня, куда бедная женщина в тот день поднималась по лестнице 5 раз. И, наконец, неонатологи. Да, дети были недоношенными, да – из двойни. Но ведь вес – 1600 г и 1500 г! Американские неонатологи, спасающие каждого ребенка, выхаживают детей весом от 800 г, причем без инвалидизации и остаточных неврологических явлений. Таким образом, в результате последовавших врачебных ошибок женщина потеряла долгожданных детей и едва не погибла сама, перенесла тяжелую операцию и чудом осталась психически здоровой.

Спустя 3 года. Случай 4. Больная N вновь поступает в стационар после лечения кломифенцитратом и профази, с диагнозом беременность 8 недель. Угроза прерывания. Вновь вначале до 16 недель назначается гормонотерапия, затем - витаминно - и общеукрепляющая терапия, седативная терапия (т.к. женщина уже не верит в медицину и врачей, но все-таки надеется на лучшее). На сроке 22 недель ее переводят в роддом, где она продолжает лечение. УЗИ подтвердило нормальное течение беременности. На сроке 34 недели женщине произведена операция – кесарево сечение по вполне обоснованным показаниям. Родилась девочка весом 3200 г. Закричала

сразу. Была помещена в отделение по выхаживанию недоношенных. Врачи запретили кормить ребенка грудью ввиду тяжелого состояния женщины. Но женщина, все-таки, сохранила молоко и даже ходила кормить дочь. На третьи сутки ребенка перевели в клинику для недоношенных детей, т.к. ее состояние было тяжелым. Массивная терапия антибиотиками вызвала у ребенка дисбактериоз. После выписки из роддома женщина ездила 3 раза в день кормить ребенка в клинику. Состояние девочки улучшилось, и через 3 недели ее выписали домой.

Комментарий. Запрет врачей на кормление грудью вызван озабоченностью слабым здоровьем женщины. Но здесь вновь допускается врачебная ошибка. Ведь кормление – это могучий стимул к выздоровлению у женщины, что так необходимо ребенку! Этот тонкий момент не учитывается в данном случае. Правильность поведения женщины подтвердилась позднее. Оказалось, что вследствие перенесенного дисбактериоза у ребенка сформировалась ферментопатия – организм не усваивал продукты из коровьего молока (ни детские смеси, ни молочные каши). Если бы у женщины не было грудного молока – ребенок бы просто погиб.

Приведенная история болезни поражает своим трагизмом. Мучает вопрос: чего же здесь больше – врачебных ошибок или фатального невезения? В любом случае, вывод напрашивается один: перинатальная служба должна быть более эффективной, мудрой, тонкой и высококвалифицированной, т.к. в ней заложено будущее страны. Здесь, как ни в какой другой службе должны быть соблюдены все этические нормы, предохраняющие от врачебных ошибок, цена которым – жизнь матери и ребенка. Кроме того, в связи с прогрессирующей депопуляцией необходимо сделать лечение бесплодия бесплатным и доступным для бездетных семей любого социального статуса.