

дискриминации людей, живущих с ВИЧ, членов их семей, бороться с такими явлениями как СПИД-диссидентство и его противоположной крайностью – СПИДофобией. Также необходимо продолжить работу по созданию новых нормативных документов и доработке существующих в отношении оказания медико-социальной помощи ВИЧ-позитивным гражданам, других аспектов проблемы ВИЧ-инфекции. Все это позволит в конечном итоге стабилизировать ситуацию и справиться с социальными последствиями эпидемии ВИЧ/СПИД в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: национальное руководство /Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1056 с.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В.В. Покровского. – 2-е изд., перераб. и доп. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 192 с.
3. Зверев В.В. и др. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение и профилактика. – М., 2010. – 204 с.
4. Общественная палата Российской Федерации – официальный сайт. Борьба со СПИДОМ, а не с оппонентами. - Режим доступа: <http://www.oprf.ru/press/news/2012/newsitem/17200>
5. Одиночество... ВИЧ-форум – для людей, живущих с ВИЧ/СПИД. – Режим доступа: <http://hiv.pp.ua/forum/4-10-1>
6. Седова Н.Н. Биоэтика. Курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. – 216 с.
7. Седова Н.Н., Приз Е.В. Об этической экспертизе законопроектов в сфере здравоохранения. //Биоэтика. – 2011. -№2.

УДК 617. 58 – 007. 24: 614. 253

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ МАЛЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Чернявский М.А.

аспирант кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом травматологии и ортопедии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет
chernmik@yandex.ru

Тетерин О.Г.

доктор медицинских наук, заведующий курсом ФУВ кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом травматологии и ортопедии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, заведующий 2-м ортопедическим отделением ГУЗ ГКБ №3, center.45@mail.ru

Макаров А.Д.

ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом травматологии и ортопедии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет
mad.lexx@mail.ru

В статье рассматриваются биоэтические проблемы реабилитации пациентов с «малыми деформациями нижних конечностей» на примере конкретных случаев хирургической коррекции формы голени пациентам 2-го ортопедического отделения городской клинической больницы №3 г. Волгограда. В частности поднимаются вопросы социальной фрустрированности

данной категории пациентов, определения медико-социальных показаний и противопоказаний к эстетическому вмешательству на нижних конечностях, критериев достижения результатов коррекции. Делаются выводы о необходимости разработки комплексных программ медико-социальной реабилитации пациентов косметической ортопедии.

Ключевые слова: оперативная коррекция малых деформаций голени, социальная фрустрированность, качество жизни, медико-социальная реабилитация.

ETHICAL ISSUES OF SURGICAL CORRECTION OF MINOR DEFORMITIES OF LOWER EXTREMITIES

Chernyavskiy M.A.

Post-graduate student of the chair of traumatology, orthopedics and field surgery with a course of traumatology and orthopedics of the department for continuing education, Volgograd State Medical University, chernmik@yandex.ru

Teterin O. G.

D.Sc., head of the department for continuing education of the chair of traumatology, orthopedics and field surgery with a course of traumatology and orthopedics, head of the second orthopedic department Clinical Hospital № 3, center.45@mail.ru

Makarov A.D.

Assistant lecturer of the chair of traumatology, orthopedics and field surgery with a course of traumatology and orthopedics of the department for continuing education, Volgograd State Medical University, mad.lexx@mail.ru

The article discusses some bioethical issues of rehabilitation of patients with minor low extremity deformities while providing surgical correction of the shape of shins to patients at the second orthopedic department of the municipal teaching hospital No. 3 of Volgograd. In particular, we consider questions of social frustration of this category of patients, the definition of medical and social indications and contraindications to esthetic intervention on the lower extremities, and the criteria of achieving the desired results. The authors draw a conclusion about the need for developing comprehensive programs of medical and social rehabilitation of patients in cosmetic orthopedics.

Key words: surgical correction of minor deformities of shins, social frustration, quality of life, medical and social rehabilitation.

В рамках проводимого нами на базе 2-го ортопедического отделения городской клинической больницы №3 Волгограда (главный врач Галишников Ю.А.) медико-социологического исследования по оптимизации реабилитационного процесса пациентов с малыми деформациями нижних конечностей, мы столкнулись с рядом проблем биоэтического характера. Рассмотрим их на примере конкретного случая.

Пациентка Б., 33 года, прибывшая из Центрального округа РФ, 03.05.2010 г обратилась во 2-е ортопедическое отделение с жалобами на деформацию голени и желанием исправить их форму. Из анамнеза выяснено, что пациентка имеет высшее образование, не

замужем, детей не имеет, работает менеджером в коммерческой организации. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический гастрит. О намерении пациентки хирургически исправить форму ног известно только близким родственникам (матери, отцу и брату). Родители девушки решение это приняли, но не поддерживают. Оно хранится втайне от друзей, коллег по работе и знакомых. На вопрос о причинах, побудивших обратиться за помощью к специалистам, пациентка ответила, что не испытывает проблем с болью в ногах, их опороспособностью, возможностью передвигаться, а устала от постоянного «психологического дискомфорта», ощущения собственной физической «неполноценности», которое мешает общению, в том числе с лицами противоположного пола. Она говорила о неприятии своего отражения в зеркале, болезненном восприятии комментариев окружающих по поводу формы ее ног, вынужденности скрывать их от посторонних, избегать ситуаций с «необходимым» обнажением ног (появление на пляже, в спортзале и т.д.). Негативное восприятие собственной внешности началось в возрасте 12-13 лет, когда на имеющийся «физический недостаток» обратила внимание подруга, затем систематически поддерживалось в семье и укреплялось жесткими комментариями сверстников.

При объективном обследовании ортопедического статуса выявлена умеренно выраженная варусная деформация голеней - 8° с вершинами искривления в зонах проксимальных метафизов большеберцовых костей (3-й тип деформации механической оси с 1-м типом распределения мягких тканей по классификации М.Ф. Егорова [1]). В данном случае косметический прогноз для оперативного исправления формы ног хороший.

При исследовании качества жизни (КЖ) с использованием опросника ВОЗКЖ100 [2] отмечено низкое субъективное восприятие КЖ (11 баллов), низкая субъективная оценка уровней психологической сферы (9,2 баллов) и социальных отношений (10,33 баллов). Проведенное исследование реактивной и личностной тревожности с использованием шкалы Спилберга [3] выявило высокий их уровень (57 и 50 баллов соответственно). Изучение депрессии с помощью теста Бека [4] выявило очень высокий ее уровень (31 балл), что значительно превышает пороговое значение.

Было произведено фотографирование и компьютерное моделирование различных возможных результатов коррекции нижних конечностей с использованием компьютерной программы «Остеокосметик» [1,5]. Пациентка выбрала желаемый вариант коррекции.

07.05.2010 г выполнена оперативная подмышечковая остеотомия голеней с остеосинтезом аппаратами Егорова [1]. 11.05.2010 г начата коррекция в аппарате внешней фиксации, которая завершилась 26.06.2010 г. На этапе коррекции пациентка трижды меняла желаемый вариант окончательной формы ног. Достигнутый результат полностью совпал с выбранным пациенткой, осложнений в процессе коррекции не было.

Через 12 дней после окончания коррекции произведено повторное исследование КЖ, эмоционально личностных особенностей (уровня реактивной и личностной тревожности и депрессии). Получены следующие результаты: субъективное восприятие КЖ не изменилось (11 баллов), субъективная оценка уровня психологической сферы несколько возросла (до 10,8 баллов), оставаясь низкой, социальных отношений - не изменилась (10,33 баллов), снизились уровни физической сферы (с 12 до 8,33) и независимости (с 15,75 до 12,75). Реактивная и личностная тревожность несколько снизились (до 50 и 61 балла соответственно), оставаясь, тем не менее, высокими, уровень депрессии не изменился (31 балл). При интервьюировании пациентки удалось выяснить, что положительные сдвиги в психологической сфере и социальных отношениях обусловлены нахождением в период лечения в группе пациентов с аналогичной ортопедической проблемой и ее социо-культурными последствиями, возможностью обсуждать, делиться своими мыслями совершенно свободно, не боясь казаться «неполноценной». Отношения с привычным окружением оставались напряженными, присутствовал страх перед возобновлением контактов в «новом облике», страх быть непонятой, неправильно оцененной. Снижение уровней независимости и физической сферы обусловлены затруднениями в перемещении, умеренными, но достаточно длительными болевыми ощущениями, нарушениями сна.

Оценка результатов лечения производилась с использованием объективных (анатомо-функциональных) и субъективных критериев. Учитывались следующие объективные критерии: состояние механической оси конечностей, симметричность формы конечностей относительно друг друга, состояние мышц и мягких тканей в сравнении до и после лечения, изменения походки до и после лечения, объем движений в смежных суставах и мышечная сила конечностей. Оценка результата коррекции проводилась

коллегиально с дополнительным контурографическим исследованием. Анатомопараметрический результат был определен как хороший. Субъективно оценивалось соответствие «заявленной» и полученной формы ног (проводилось сравнение полученных внешних данных с исходными, зафиксированными в фотодокументах), и «приемлемость» полученного косметического результата для пациентки. При обсуждении «новой формы ног» пациентка соглашалась, что полученный результат полностью соответствует «заявленному», однако на вопрос, довольна ли этим результатом, она ответить затруднилась. Даже при выписке из стационара она так и не ответила на поставленный вопрос об удовлетворенности новой формой ног. В отдаленном послеоперационном периоде пациентка, несмотря на все усилия связаться с ней, на контакт не вышла.

Этот случай вызывает целый ряд вопросов. Во-первых, достигнут ли результат? Объективные и субъективные оценки в данном случае не совпали. Ортопедическим хирургом результат оценивается как хороший, пациентом - как неопределенный. Улучшения качества жизни не наступило, уровень тревожности остался высоким, уровень депрессии очень высоким. Попробуем разобраться, в чем причина. По нашему мнению, под словом «результат» хирург и пациент подразумевают два совершенно различных понятия. Если для хирурга-косметолога «результат» - это достижение следующей цели: в приемлемые сроки, без осложнений, с учетом многочисленных нюансов «косметичности» [1], формирование согласованной с пациентом формы ног, то для пациента цель – избавление от расстройств личностной адаптации, проявляющихся в негативных отношениях к себе и значимому окружению, коммуникативных и эмоционально-поведенческих дисфункциях [6]. «Новая» форма ног оценивается пациентом не по эстетическим критериям, применимым для произведений искусства, например, для скульптуры, а концентрируется вокруг конкретного социального побуждения, относящегося к самоощущению и определению своего «я» [7]. По нашему мнению, перед выпиской из стационара пациент с улучшенной формой ног оценивает возможность социально-психологической реадaptации к привычной среде. Таким образом, мы предполагаем, что полученная пациентом в ортопедической клинике качественная медицинская услуга является этапом в достижении конечной цели, то есть является для него не заключительным, а промежуточным последствием, не результатом, а ситуацией составления интуитивного прогноза достижения конечной цели – улучшения качества жизни.

Неудовлетворенность достигнутым анатомопараметрическим результатом свидетельствует о сохраняющейся социальной фрустрированности. Об этом свидетельствуют так же сохраняющиеся высокими уровни тревожности, депрессии, отсутствие повышения качества жизни, страх перед возобновлением контактов с привычным окружением в «новом облике». Отказ от сотрудничества в отдаленном послеоперационном периоде свидетельствует, по-видимому, о недостижении пациенткой конечной цели: через телесную практику устранить психо-социальные проблемы.

Формально, по договору об оказании медицинских услуг, результат достигнут. Однако при комплексном мультидисциплинарном подходе можно считать, что достижения результата не произошло, т.к. задачей эстетического пластического хирурга является улучшение качества жизни пациента, а не только улучшение внешности хирургическим путем [8].

Во-вторых, почему при хорошей анатомопараметрической коррекции ног не удалось достичь удовлетворенности пациентки? На наш взгляд, основная причина - в отсутствии четких показаний и противопоказаний к хирургической коррекции формы ног. В большинстве работ эстетических хирургов говорится не о показаниях, а о принятии решения о хирургической коррекции, основывающемся на определении степени выраженности косметического дефекта, возможности его устранения, согласовании с пациентом варианта коррекции (с его визуальной демонстрацией) [1,9].

К противопоказаниям для косметической коррекции формы конечностей (кроме общесоматических) относят психические и наркологические заболевания (от больных, поступающих в стационар на косметическое лечение, требуют справку из психиатрического и наркологического диспансеров по месту жительства) [1,9]. Однако в этих справках не определена степень выраженности специфического личностного синдрома, который выявлен у всех пациентов эстетической хирургии, и представляет собой фактор риска расстройств личностной адаптации [6]. Окончательное решение об целесообразности эстетического вмешательства хирург принимает после продолжительных бесед интуитивно, руководствуясь личным опытом. Не будучи профессиональным психологом, ортопед, даже обладая опытом общения с

«трудными» пациентами, не всегда может разобраться в мотивационных, смысловых и ценностных характеристиках личности, а соответственно и принять правильное решение, направленное на повышение личностной адаптации пациентов, обращающихся к методам эстетической хирургии.

В зависимости от личностных predispositions, результаты телесных преобразований ассимилируются в зрелую самоидентичность или психологически отторгаются, объективируясь в состоянии длительного послеоперационного стресса в виде депрессии, тревоги, социально-стрессовых расстройств, с которыми пациенты не могут справиться самостоятельно [6]. В данном конкретном случае у пациентки, вероятно, имел место феномен «скрытой мотивации»: ее истинная цель (изменение отношений) маскировалась целью эстетической операции (изменение внешности). В первую очередь мотивация являлась скрытой для самой пациентки, так как она не осознавала побудительных мотивов к операции и неосознанно приписывала внешности несвойственные ей функции. Это подтверждается затруднением определения варианта окончательной формы ног, неадекватной оценкой результатов коррекции, отказом от сотрудничества в отдаленном послеоперационном периоде.

Пациентки из группы «скрытой мотивации» затрудняются сформулировать желаемые результаты коррекции, им трудно конкретно описать, какую форму ног они хотят иметь. Как правило, такие пациентки склонны перекладывать ответственность за выбор на хирурга. Очень характерен аффективный компонент общения с хирургом. Пациентка как будто старается «подружиться», «соблазнить», «разжалобить» хирурга, посвятить его в подробности своей жизни и даже вовлечь в личные события. Бессознательно такие пациентки ищут психотерапевта, а не хирурга, и их запросы адресованы психотерапевту - они жаждут безусловной любви и облегчения душевной боли. Поэтому так часто подобные пациентки предъявляют хирургу неадекватные претензии, как по поводу взаимоотношений, так и по поводу результатов операции. Если результаты операции окажутся объективно не очень хорошими, то переживания таких пациенток, скорее всего, будут более острыми и негативными. Срабатывает эффект обманутых ожиданий. С другой стороны, если результаты объективно хорошие, а отношения с близким окружением, несмотря на исправленную форму ног, качественно не меняются, вся гамма неудовлетворенности отражается на оценке результатов коррекции. Виновниками всего продолжают оставаться ноги, которые либо недостаточно исправили, либо

не изменили согласно вкусам близкого окружения. Низкая самооценка пациенток не позволяет выйти на уровень принятия своей ответственности за то, что происходит в их жизни: эта ответственность перекладывается на других людей. При операциях ответственность не только за результаты, но, зачастую, даже за принятие решения возлагается на хирурга, а личное восприятие пациентками хирургического вмешательства сводится до уровня «похода за красотой». Неразвитый самоконтроль, сложность в определении собственных чувств и желаний, в построении собственной системы ценностей и оценок существенно затрудняют адекватное реагирование на происходящее. Основной опасностью этой характеристики для эстетических хирургов является то, что результат операции в сознании пациентки будет оцениваться «глазами окружающих» (внешние оценки оказываются более значимыми, чем внутренние, субъективные), что значительно повышает критичность, а, следовательно, и возможность неадекватной оценки. [6].

Рассматриваемая ситуация не является уникальной. По данным одного из самых посещаемых тематических форумов, посвященных исправлению формы ног (legscorrection.ru), на вопрос: «Довольны ли вы результатом операции?», - получены ответы от 192 человек. Ответы распределились следующим образом: счастлива безмерно - 30,73%; просто довольна - 16,67%; лучше, чем было - 20,83%; не знаю - 15,63%; придется (пришлось) переделывать - 12,50%; зачем я в это ввязалась - 3,65%. Таким образом, почти треть респондентов (31,78%) оценили отдаленный результат коррекции как неопределенный или отрицательный.

При проведении сравнительного анализа эмоционально-личностных особенностей и показателей качества жизни у 120 пациентов до и после оперативной коррекции малых деформаций голеней, проведенной нами во 2-м ортопедическом отделении городской клинической больницы №3 Волгограда, выявлена часть пациентов (5,83%), имевших исходно особо высокий уровень депрессии, у которых после коррекции формы ног (анатомопараметрически успешной) субъективной удовлетворенности результатом коррекции и улучшения качества жизни не наступило. Это говорит, скорее всего, о личностной неготовности данной части пациентов к оперативному изменению внешности.

В заключении хочется подчеркнуть, что эстетическая ортопедия - инструмент не только для изменения внешности, но и для повышения качества жизни пациента. Основное этическое требование: не идти на вмешательство, повинуюсь воле пациента, если существует высокий риск негативных последствий. Реализация этого постулата возможна только при комплексном, мультидисциплинарном подходе, поскольку хирургия удовлетворяет запросы лишь по изменению формы тела. Выявленные проблемы требуют разработки медико-социальных программ реабилитации пациентов эстетической ортопедии, в частности, с малыми деформациями нижних конечностей, включающих комплексную диагностику выраженности дезадаптации и многоэтапное психологическое сопровождение пациентов, обратившихся для хирургической коррекции формы ног. Установки пациентов на потребление данной услуги обязательно должны включать этические компоненты: комплаентность, уважительное отношение к врачу и учет «терапевтической привилегии» [12]. Со стороны врача абсолютизация принципа уважения автономии пациента в данном случае может сослужить плохую службу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров М. Ф. Ортопедическая косметология /М.Ф. Егоров, А.П. Чернов, М.С. Некрасов// М. Издательский центр «Федоров», 2000. – 192 с.
2. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни в медицине/ А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова// Клиническая медицина, 2000. - С.10-13.
3. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. - С.44–49
4. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб., 2001. С.505-507.
5. Тетерин О.Г., Егоров М.Ф. Свидетельство №200361623 об официальной регистрации программы для ЭВМ «Остеокосметик»/ Реестр программ для ЭВМ. – Москва, 2003.
6. Ткаченко А.Е., Баранская Л.Т., Леонов А.Г. Клинико-психологическая характеристика пациентов клиник эстетической хирургии /Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2003. № 2. В.А.Цепколенко, В.В.Грубник, К.П.Пшениснов /Пластическая эстетическая хирургия//Киев. Здоров'я, 2000. – 238с.
7. Гуцин А.В., Потапова О.Н. Динамика развития отношений врача и пациента в современных социально-экономических условиях //Биоэтика. 2011. - №2. – с. 30-33.
8. Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. М., «Триумф», 2004 – 224 с.

УДК 615:614.27

ВЫСОКАЯ МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В ГАНЕ – ЭТИЧЕСКАЯ ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА?

Ткаченко Л В

д.м.н., профессор, зав.кафедрой кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет

Складоновская Т В

к.м.н., доцент кафедры кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет

Свиридова НИ

к.м.н., доцент кафедры кафедра акушерства и гинекологии ФУВ

Асирифи Амоако Самуэль

аспирант кафедры кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет

В статье приводится анализ материнской смертности в Республике Ганна. Выявлено, что материнская смертность в республике является интегрирующим показателем здоровья женщины репродуктивного возраста, отражающим популяционный итог взаимодействия экономических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов

Ключевые слова: Гана, материнская смертность, причины, исходы, ценность жизни.

IS HIGH MATERNAL MORTALITY RATE IN GHANA AN ETHICAL OR AN ETHNIC ISSUE?

Tkachenko L.V.

D.Sc., Professor, head of the chair of obstetrics and gynecology of the department for continuing education, Volgograd State Medical University

Skladonovskaya T.V.

Ph.D., assistant professor of the chair of obstetrics and gynecology of the department for continuing education, Volgograd State Medical University

Sviridova N.V.

Ph.D., assistant professor of the chair of obstetrics and gynecology of the department for continuing education, Volgograd State Medical University

Asirifi Samuel Amoako (Ghana)

Post-graduate student of the chair of obstetrics and gynecology of the department for continuing education, Volgograd State Medical University

The article reviews maternal mortality rates in the Republic of Ghana. It has been identified that maternal mortality in Ghana is an integral indicator of women's health in their reproductive age which reflects the complex interactions between economic, cultural, social, hygienic, medical and organizational factors.