

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.*

**Key words:** *Ghana, maternal mortality rate, causes, outcomes, value of life.*

Не пытаясь определить, что такое человеческая жизнь, начнем с конкретного вопроса о том, какую ценность мы придаем и должны придавать жизни человека. Для начала рассмотрим одну из животрепещущих проблем здравоохранения Ганы, а именно уровень материнской смертности, которая поможет понять суть поставленного нами вопроса.

**Случай.** Мадам Р.А., 30 лет. Это были третьи срочные роды со сроком гестации 39-40 недель. Пациентка проживала в Аджене (сельская община) в 40 км от ближайшей больницы (VRA Hospital). На учете по беременности не состояла, так как не было возможности ездить в ближайшее лечебное учреждение. Резкие болезненные сокращения матки с выраженной болью появились в 07:00, усилились и стали невыносимыми в 10:30. Но лишь по возвращении мужа, который принял решение, в 15.00 она обратилась в Центр здоровья Аджены, то есть через 8 часов от момента появления клиники. В этом учреждении находятся только одна акушерка и медсестра, врач не предусмотрен. Акушерка после оценки и наблюдения в течение 4 часов за пациенткой, состояние которой прогрессивно ухудшалось, решила направить пациентку в ближайшую больницу. Поскольку был не базарный день, потребовалось около 40 минут, чтобы получить автомобиль, а из-за плохого состояния дороги, потребовалось еще полчаса до прибытия в больницу (20:00), то есть через 13 часов от момента появления клиники. В больнице был поставлен диагноз: разрыв матки, геморрагический шок, антенатальная гибель плода. Было выполнено экстренное кесарево сечение с гистерэктомией. В итоге: потеря 2,5 л крови, мертвый плод женского пола массой 3300 мл, удаление матки, переливание 1000 мл донорской крови. Несмотря на проводимую интенсивную и реанимационную помощь пациентка скончалась.

**Комментарий.** В данной ситуации, при своевременном оказании медицинской помощи жизнь матери и новорожденного были бы спасены.

По данным органов здравоохранения Ганы подавляющая часть материнских смертей приходится на случаи задержки оказания квалифицированной помощи заранее не обследованным женщинам, на практике используемая модель, получила название «Три задержки».

1. Задержка принятия решения об обращении за медицинской помощью.

2. Задержка поступления в лечебное учреждение.

3. Задержка получения адекватного лечения в стационаре.

Данные положения рассматриваются как проблема в нашем стремительном 21 веке, воистину «Трагедией нравственности» называл Гегель противоречивую связь прогресса с унижением человеческого достоинства. Как никакое другое направление научно-технического прогресса — новейшие биомедицинские технологии обнажают связь между достижениями биомедицины и падением ценности человеческой жизни.

Уровень материнской смертности признан одним из основных критериев качества работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения. Однако большинство ведущих специалистов рассматривают этот показатель более широко, считая материнскую смертность интегрирующим показателем здоровья женщины репродуктивного возраста, отражающим популяционный итог взаимодействия экономических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов страны.

Многофакторная зависимость этого показателя, и в первую очередь социально-экономическая детерминированность несомненна и подтверждается данными мировой статистики. Если в регионах с высокоразвитой экономикой материнская смертность составляет менее 20 случаев на 100 тыс. живорожденных, то в регионах с развивающейся экономикой соответствует - 480, достигая в отдельных странах более 1500 случаев материнской смертности на 100 тыс. живорождений. При этом среднемировой показатель составляет 430.

Свыше 99% случаев смерти матерей приходится на развивающиеся страны и более половины из них — на государства Азии. Доля родов в развивающихся странах составляет 86% от числа родов во всем мире, а материнской смертности - 99% от всех материнских потерь. На каждую женщину, которая умирает в развитых странах в связи с выполнением своей репродуктивной функции, в странах «третьего мира» умирает 99. Кстати, 28% всех рождений и 46% материнских потерь во всем мире приходится на три азиатские страны - Индию, Пакистан и Бангладеш. В Индии за один день умирает столько женщин от осложнений беременности и родов, сколько в Западной

Европе за целый год. В некоторых странах деторождение является ведущей причиной смертности женщин репродуктивного возраста.

Нынешняя ситуация в странах «третьего мира» аналогична той, которая существовала в развитых государствах 100 лет назад. Главными медицинскими факторами, определяющими высокий показатель материнской смертности в развивающихся странах, являются частые беременности с коротким интергенетическим интервалом, плохие санитарно-гигиенические условия, отсутствие адекватной дородовой диагностики, плохое медицинское просвещение населения, недостаток медикаментов, высокая общая заболеваемость населения, дефекты питания и, что наиболее важно, отсутствие организации адекватной акушерской помощи со стороны государства (важнейший фактор в условиях слаборазвитой страны).

В развивающихся странах в структуре причин материнской смертности продолжает доминировать сепсис, акушерские кровотечения, послеперинатальные осложнения и гестозы, в то время как в развитых странах они не являются основными причинами материнской смертности.

В подтверждение к вышеприведенным данным нами был проведен анализ причин материнской смертности в республике Гана. Основной целью здравоохранения Ганы, учитывая высокую фертильность, является обеспечить 60% родов квалифицированным персоналом. Но на сегодняшний день только 51% родов обеспечены квалифицированными кадрами, роста обеспеченности за три года практически не наблюдается. Так как в силу объективных причин наблюдается высокая текучесть кадров, до 20% медиков после 3-5 лет работы эмигрируют из страны.

Заявляемый ориентир – (60 %) остается пока недостижимым.

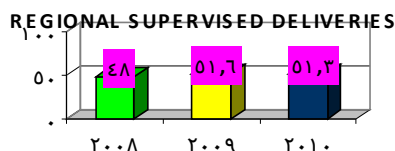


Рис.1. Охват родов квалифицированным персоналом

Проблема кадров является одной из ведущих причин материнской смертности. За последние 5 лет материнская смертность не только не снижена, но повысилась с 92 (152/100,000) до 115 (192/100,000 родов живыми).

Таблица №1. Причины материнской смертности в республике Гана.

<i>Нозология</i>	%
<i>Акушерские кровотечения</i>	29 (25.2%)
<i>Сепсис</i>	17 (14.9%)
<i>Аборты</i>	13 (11.6%)
<i>Гипертензия в родах</i>	11(9.5%)
<i>Разрывы матки</i>	4 (3.5%)
<i>ДВС</i>	4 (3.5%)
<i>Эктопия</i>	1 (0.8%)
<i>Анемия</i>	13 (11.5%)
<i>Сердечная недостаточность</i>	6 (5.3%)
<i>Эмболия околоплодными водами</i>	2 (1.7%)
<i>Анафилактический шок</i>	2 (1.7%)
<i>Отравления</i>	2 (1.6%)
<i>Малярия</i>	1 (0.8%)
<i>Менингит</i>	1 (0.8%)
<i>Другие</i>	4 (3.5%)

Акушерские кровотечения по-прежнему лидируют среди причин материнской смертности. Далее следуют инфекции, аборты и их комбинации, что связано с низкой культурой планирования беременности (не более 33% беременностей – плановые, с вовлечением, информированием будущего отца). Использование контрацепции в стране развито очень слабо. Различные методы используют до четверти замужних женщин, современные эффективные - не более 20%.

Несмотря на то, что уже более 15 лет в Гане успешно реализуются международные проекты по снижению материнской смертности, она все еще на порядок выше потерь женщин в родах в странах Евросоюза. Среди причин материнской смертности доминируют послеродовые кровотечения. Основные факторы, определяющие такое состояние и требующие постоянного учета и преодоления, могут быть разделены на несколько целевых групп.

Во-первых: Культурно-этнические проблемы. Во многих общинах роды проводятся по традиционным обычаям, решение прибегнуть к внешней помощи принимает не женщина, а ее муж, свекровь или другие члены семьи (общины). В традиционном

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](mailto:mywellness@inbox.ru)

Хуако Г.А

врач акушер-гинеколог Адыгейского республиканского перинатального центра г.Майкоп, [goshmaf@mail.ru](mailto: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](mailto:mywellness@inbox.ru)

Khuako G.A.

obstetrician-gynecologist of the Adygea republican perinatal centre, Maikop, [goshmaf@mail.ru](mailto: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*

**Случай 1.** 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),