

Таким образом, проблема информированного согласия, по-прежнему, актуальна в современной врачебной практике и требует юридической доработки, поскольку рассматриваемая норма уже трансформирована из биоэтической в правовую.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 27.09.2013).
2. Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы. - М.: Юрист, 2012. - С.113 – 126.
3. Доника А.Д. Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и российские реалии) / А.Д.Доника, Л.Л.Кожевников, И.Е.Рева // Биоэтика. – 2011. - № 1(7). – С. 34-36
4. Седова Н.Н. Соотношение юридической, административной и этической регуляции деятельности медицинских работников // Медицинское право. — 2003. — №3. — С. 34.
5. Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика. — 2009. — №1. — С. 37-42.
6. Седова Н.Н., Кузнецов А.В. Права пациентов в России - кто их защищает? // Социальное и пенсионное право. — 2009. — №4. — С. 24-28.
7. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Биоэтика - нетрадиционный источник медицинского права // Медицинское право. — 2007. — №2. — С.3-9.

REFERENCES:

- 1.Federal'nyj zakon ot 21 noyabrya 2011 goda N 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii» (red. ot 27.09.2013).
2. Bugarin G.YU., Petrov A.V., Sedova N.N. Medicinskie normy i yuridicheskie zakony. - M.: YUrist, 2012. - S.113 – 126.
3. Donika A.D., Toluknov V.I. Al'ternativy prinyatiya reshenij v medicinskoj praktike: pravovye normy i ehticheskie dilemmy // Bioehtika. – 2010 - № 1 (5) – S.34-36
4. Sedova N.N. Sootnoshenie yuridicheskoy, administrativnoj i ehticheskoy regul'yacii deyatel'nosti medicinskih rabotnikov // Medicinskoe pravo. — 2003. — №3. — S. 34.
5. Sedova N.N. Vse zakony kogda-to byli normami morali, no ne vse moral'nye normy stanovyatsya zakonami // Bioehtika. — 2009. — №1. — S. 37-42.
6. Sedova N.N., Kuznecov A.V. Prava pacientov v Rossii - kto ih zashchishchaet? // Social'noe i pensionnoe pravo. — 2009. — №4. — S. 24-28.
7. Sergeev YU.D., Mohov A.A. Bioehtika - netradicionnyj istochnik medicinskogo prava // Medicinskoe pravo. — 2007. — №2. — S.3-9.

УДК 614.253: 618

ПРИМЕНЕНИ МЕТОДА КЕЙС-СТАДИ ПРИ АНАЛИЗЕ ЭТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Т.И. Костенко

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета,
kostenko.ti@mail.ru

О.В. Костенко

Кандидат медицинских наук, докторант Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ВМНЦ Волгоградского государственного медицинского университета,
olyakostenko@mail.ru

А.С.Бондаренко

Зам. главного врача по поликлинической работе городской больницы №1 г.Сочи,
susannaivanna@gmail.com

В статье рассматриваются особенности использования метода кейс-стади в акушерско-гинекологической практике. Авторы выясняют смысл кейс-метода, проводят обсуждение, анализ и оценку неблагоприятных исходов на примерах реальных случаев. В связи с быстрым распространением новых информационных технологий требуется пересмотр процесса подготовки специалистов. Умение использовать данный метод в теории, способствует повышению качества работы и выработке ответственности за жизнь и здоровье пациенток акушерско-гинекологической практики.

Ключевые слова: кейс-стади, медицина, акушерско-гинекологическая практика, медицинская помощь.

THE APPLICATION OF THE METHOD CASE STUDY IN THE ANALYSIS OF ETHICAL SITUATIONS IN OBSTETRIC PRACTICE

T.I. Kostenko

PhD(of medical Sciences), associate Professor of obstetrics and gynecology qualification development Department Medicine of Medicine of Volgograd State Medical University, kostenko.ti@mail.ru

O.V. Kostenko

PhD(of medical Sciences), senior teacher of Department of the Philosophy, Bioethics and Law with the Course of Psychology and Sociology for Medicine of Medicine of Volgograd State Medical University,
olyakostenko@mail.ru

A.S.Bondarenko

Deputy chief physician for outpatient work of the city hospital №1 of Sochi, susannaivanna@gmail.com

The article considers the peculiarities of using case studies in obstetric-gynecologic practice. The authors clarify the meaning of the case method, discuss, analyze and evaluate adverse outcomes on the examples of real cases. With the rapid spread of new information technologies require the revision process of training. The ability to use this method in theory, helps to improve the quality of work and develop a responsibility for the life and health of patients obstetric-gynecologic practice.

Key words: case studies, medicine, obstetric-gynecologic practice, medical assistance.

Проблема внедрения кейс-метода в практику высшего медицинского образования в настоящее время

является весьма актуальной, что обусловлено двумя тенденциями:

- первая вытекает из общей направленности развития образования, его ориентации не столько на получение конкретных знаний, сколько на формирование профессиональной компетентности врача, умений и навыков мыслительной деятельности, развитие способностей личности, среди которых особое внимание уделяется способности к обучению, смене парадигмы мышления, умению перерабатывать огромные массивы информации;

- вторая вытекает из развития требований к качеству специалиста, который, помимо удовлетворения требованиям первой тенденции, должен обладать также способностью оптимального поведения в различных критических ситуациях, отличаться системностью и эффективностью действий в условиях кризиса.

Считается, что техника кейс-метода была разработана в начале 20-х годов прошлого века в Гарвардской бизнес-школе. Однако основы этой методики лежат еще в глубокой древности. Одним из первых кейсологов был Сократ, который много веков назад понял, что знание, полученное человеком в готовом виде, менее ценно для него и потому не так долговечно, как продукт собственного мышления. Задачу учителя он видел в том, чтобы помочь своим слушателям самостоятельно «родить» знания, которые в каком-то смысле уже содержатся в их головах, как ребенок во чреве матери. Тысячелетия спустя использование метода, прародителем которого был Сократ, назовут ментальным переломом в образовании и имя ему будет метод кейс-стади[2,4].

Метод кейс-стади – это не просто методическое нововведение – это метод активного обучения на основе реальных ситуаций, взятых из практики. Можно сказать, что этот метод направлен не столько на освоение конкретных знаний, или умений, сколько на развитие общего интеллектуального и коммуникативного потенциала.

В последнее время в экономике и социальной сфере происходят глобальные изменения, которые способствуют быстрому распространению новых информационных технологий, а существующие рыночные отношения перевернули все и на смену стабильности пришли новые прогрессивные технологии, а это требует пересмотра качества и процесса подготовки специалистов, в том числе и в сфере здравоохранения. Количество информации, которое необходимо врачу для работы в современных условиях, нарастает в геометрической прогрессии, диктуя все новые и новые стандарты качества, которыми должны обладать специалисты, желающие успешно заниматься лечебной деятельностью [3]. Если раньше специалист, имеющий достаточно обширные знания, добивался успеха, всего лишь логически обосновывая выводы при решении различных проблем, то сегодня существующие рыночные отношения перевернули все и на смену стабильности пришли новые прогрессивные технологии, а это требует пересмотра качества и процесса подготовки специалистов. Успешность человека в будущей профессиональной и социальной жизни определяется уровнем развития ключевых компетентностей[5].

Метод CASE STUDY очень популярен на западе и в последнее время нашел широкое распространение и в изучении медицины[1]. Смысл ситуационного анализа (кейс-метода) в акушерстве и гинекологии заключается в создании условий для

формирования у врача опыта самостоятельного решения познавательных, коммуникативных, организационных и нравственных проблем. Большое место в работе врача акушера-гинеколога занимают задачи аналитического характера. Умение анализировать, оценивать нестандартную ситуацию, критическую ситуацию, быстро изменяющиеся условия и на основе этого анализа принимать правильное, быстрое решение – неотъемлемое качество врача акушера-гинеколога.

Использование кейс-стади в акушерско-гинекологической практике способствует повышению уровня сформированности знаний и умений, развитию логического мышления, развитию умения вести консилиумы, развитию умения работы в медицинском коллективе, выработке ответственности за жизнь и здоровье пациентки и принятое решение.

В России не существует единой системы учета врачебных ошибок, однако имеющиеся фрагментарные данные свидетельствуют о том, что чаще других предметом судебного разбирательства являются профессиональные ошибки стоматологов; далее следуют дефекты в области акушерства и гинекологии (летальный исход или near miss роженицы и (или) новорожденного); замыкают «тройку лидеров» ошибки в хирургической практике. Но чем обусловлена повышенная «рисковая составляющая» в акушерско-гинекологической практике? Следует учитывать множество факторов: неблагоприятное влияние окружающей природной среды, экстренный характер оказания медицинской помощи, сложность медицинской технологии, низкая квалификация некоторых специалистов и лиц из числа среднего медицинского персонала (акушерки, медицинские сестры), встречающееся безответственное отношение пациенток к своему здоровью и здоровью будущего ребенка.

В зависимости от этапов оказания медицинской помощи это могут быть:

1. Дефекты врачебных вмешательств при прерывании беременности (например, нарушение правил проведения аборта)

2. Дефекты врачебных вмешательств во время родов (например, ятрогения в ведении родов, а именно – нерациональное применение лекарственных средств, несвоевременное инструментальное вмешательство в ведении родов (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода)), проведение хирургических вмешательств – кесарево-сечения без четких показаний, особенно у первородящих женщин, тем самым обрекая ее на оперативные вмешательства при последующих беременностях. Родовая травма у плода и новорожденного вследствие ненадлежащего акушерского пособия; недооценка степени риска беременной и роженицы.

3. Дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде, поздняя диагностика гнойно-септических осложнений, как у родильницы, так и у новорожденного, запоздалый перевод в отделение наблюдения.

4. Дефекты врачебных вмешательств в урогинекологической практике (ранения мочевого пузыря во время родоразрешающих операций).

5. Общие дефекты оперативного лечения в акушерско-гинекологической и урогинекологической практике (например, оставление инородных тел в брюшной полости пациентки).

6. Дефекты выполнения анестезии и проведения интенсивной терапии в акушерско-

гинекологической практике (например, назначение и применение фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и отдельных патологических состояниях беременной и роженицы, неадекватное обезболивание).

При этом необходимо отметить, что главная сложность «врачебных дел» состоит в определении причинно-следственной связи между действием медицинских работников и наступившим вредом. В чем состоит эта сложность в области акушерства и гинекологии?

Пример.

Пациентка И.Р., 26 лет, встала на учет по беременности в сроке 15 недель. При 4 беременности, предстояли Зроды.

Паритет: 2005 год – своевременные роды

2010 год – роды в 38 недель, антенатальная гибель плода (гемолитическая болезнь)

2011 год – медицинский аборт по желанию в 6 недель беременности

2013 год – настоящая беременность

В женской консультации по месту жительства данная беременная наблюдалась и велась по средней группе риска. Врачом женской консультации степень риска беременной была недооценена, а следовательно не проведено полное обследование беременной по поводу резус-сенсibilизации, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. Не был правильно поставлен диагноз, в результате чего, настоящая беременность закончилась неблагоприятным исходом для плода (новорожденный погиб от гемолитической болезни).

Причинами неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике являются не только явные ошибки медицинского персонала, но и ненадлежащее ведение медицинской документации.

Так отсутствие клинико-лабораторных данных ведет к отсрочке выявления возможных патологий, следовательно, исключает своевременность адекватного лечения. С другой стороны, встречающаяся малая информативность медицинской документации влечет создание иллюзии благополучия, как у самих пациенток, так и медицинских работников стационаров. Таким образом, залогом качественного предоставления акушерско-гинекологической помощи является соблюдение стандартов и протоколов оказания медицинской помощи и надлежащее ведение медицинской документации.

Однако законы и этические нормы, порой, вступают в противоречие [6]. Дело в том, что причины неблагоприятных исходов в акушерстве и гинекологии могут быть различны:

1. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, заключающиеся в невыполнении или не полном выполнении медицинскими работниками юридических, профессиональных и морально-этических норм (включая дефекты ведения медицинской документации).

2. Действие объективных факторов осложнения течения беременности и родов (особенности индивидуального биологического статуса беременной, наличие у нее сопутствующих заболеваний и наследственной патологии, оказывающие отягчающее влияние на протекание беременности и повышающие вероятность осложнений в родах).

3. Поведение самих пациенток, способствующее увеличению вероятности наступления осложнений (не соблюдение рекомендаций лечащего

врача, самовольный уход роженицы из родового отделения стационара).

Пример.

При анализе оценки качества оказания медицинской помощи родильнице К.Р. были представлены: индивидуальная карта, история родов, протокол патологоанатомического исследования. Беременная К.Р. встала на учет при сроке 23 недели беременности – первая явка в женскую консультацию была поздней.

Выполнить обследование в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи возможности не было, а следовательно могла быть недооценка степени риска перинатальных факторов. УЗИ скрининг проведенный в 33-34 недели выявил лишь умеренное многоводие, но повторного УЗИ контроля назначено не было.

Таким образом, при анализе первичной документации ведении беременной в женской консультации не указаны осложнения течения настоящей беременности, а именно: поздняя постановка на учет по беременности, эрозия шейки матки во время настоящей беременности, выявленное многоводие в 33-34 недели, общая прибавка массы за беременность. При анализе качества оказания медицинской помощи было рекомендовано усилить работу по вопросам контрацепции, планированию беременности и проведению предгравидарной подготовки.

4. Несчастные случаи – ситуации, при которых имеется объективная невозможность предусмотреть и предупредить возможные осложнения и последующее причинение вреда здоровью.

5. Отсутствие у медицинских работников объективной возможности оказать медицинскую помощь на должном технологическом уровне (принятие родов в условиях экстремальной, чрезвычайной ситуации – например во время авиа-перелета, в транспорте и т.д.). В этих ситуациях всегда присутствует обостренный риск: медицинский работник обязан оказать помощь в условиях повышенной вероятности реализации медицинского риска, т.к. в противном случае последствия могут быть самыми неблагоприятными (кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах могут приводить к летальному исходу матери и плода), а бездействие врача является основанием для привлечения его к уголовной ответственности. Важно отметить, что экспертную оценку неблагоприятных случаев в акушерско-гинекологической практике осложняет многоступенчатость лечебно-диагностического процесса, участие в котором принимают несколько субъектов. В результате ненадлежащие действия одних субъектов могут привести к неблагоприятному исходу в целом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Еремин А. С. Кейс-метод: наиболее распространенная форма реализации компетентностного подхода // Инновации в образовании. 2010. № 2. С. 67-81.
2. Еремин А. С. Обеспечение учебной работы с использованием кейс-метода // Инновации в образовании. 2010. № 4. С. 77-90.
3. Еремин А. С. Разработка и апробация кейсов: особенности разработки кейсов, выбор главных особенностей кейса, плана и текста кейса // Инновации в образовании. 2010. № 3. С. 15-36.
4. Жигилей И. М. Формирование профессиональных компетенций с помощью кейс-метода в высшем

образовании// Преподаватель XXI век. - 2012. № 1. С. 29-36.

5. Кейсы используются не только для обучения бизнесменов, но и для подготовки дипломатов и других специалистов. Так, в библиотеке Гарварда имеется несколько сотен кейсов по внешней политике. В Школе дипломатии Джорджтаунского университета – около 500 кейсов. «Мастерство иностранных дел», журнал «Smartmoney», 2006, № 20.

6. Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика. 2009. № 1. С. 37-42.

REFERENCES:

1. Eremin A. S. Keys-metod: naibolee rasprostranennaya forma realizatsii kompetentnostnogo podhoda // Innovatsii v obrazovanii. 2010. 2. S. 67-81

2. Eremin A. S. Obespechenie uchebnoy raboty s ispolzovaniem keys-metoda// Innovatsii v obrazovanii. 2010. 4. S. 77-90.

3. Eremin A. S. Razrabotka i aprobatsiya keysov: osobennosti razrabotki keysov, vyibor glavnykh osobennostey keysa, plana i teksta keysa// Innovatsii v obrazovanii. 2010. 3. S. 15-36

4. Zhigilev I. M. Formirovanie professionalnykh kompetentsiy s pomoshchyu keys-metoda v vysshem obrazovanii// Prepodavatel NHI vek. - 2012. 1. S. 29-36.

5. Keysyi ispolzuyutsya ne tolko dlya obucheniya biznesmenov, no i dlya podgotovki diplomatov i drugih spetsialistov. Tak, v biblioteke Garvarda imeetsya neskolko sotn keysov po vneshney politike. V Shkole dipluzhbyi Dzhortaunskogo universiteta – okolo 500 keysov. «Masterstvo inostrannykh del», zhurnal «Smartmoney», 2006, 20.

6. Sedova N.N. Vse zakony kogda-to byli normami morali, no ne vse moralnye normy stanovyatsya zakonami // Bioetika. 2009. 1. S. 37-42.

УДК 615:614

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.М.Никифорова

кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских
болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО
«Волгоградский государственный медицинский
университет», maior10@yandex.ru

Г.А.Кантемирова

Кандидат социологических наук, доцент кафедры
психолого-педагогических и медицинских проблем
социальной работы Северо-Осетинского
государственного университета им. К.Л.Хетагурова.
cantem.galina@yandex.ru

Проблема взаимоотношений врача и больного на протяжении столетий является актуальной не только для медицины, но и для общества в целом. В педиатрии цепь взаимодействия является трехчленной: врач-ребенок-родитель, что создает дополнительные социально-психологические проблемы. К сожалению, не всегда, в этих отношениях на первом месте стоят права и здоровье самого ребенка. В статье рассматриваются случаи нарушения прав

ребенка в детской гастроэнтерологической практике, даются рекомендации по их профилактике.

Ключевые слова: врач, родители ребенка, ребенок-пациент, детская гастроэнтерология, педиатрическая этика.

ETHICAL ISSUES IN PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY PRACTICE

E.M.Nikiforova

candidate of medical Sciences, Professor of the Department
of children diseases, pediatric Department, Volgograd state
medical University, maior10@yandex.ru

G.A.Kantemirova

Candidate of sociological Sciences, associate Professor,
Chair of psychological and medical problems of social
work, North-Osetian state University, galina@yandex.ru

The problem of the relationship between doctor and patient is relevant not only for medicine but also for society over the centuries. The interaction is three-membered in Pediatrics chain: the doctor-parent-child, this creates additional social and psychological problems. Unfortunately, the rights and health of the child, in these respects, are not always in the first place. The article examines the cases of violation of the rights of the child in pediatric gastroenterology practice and gives recommendations for their prevention. Keywords: doctor, the child's parents, the child-patient, pediatric gastroenterology, pediatric ethics.

Случай 1. Девочка 5 лет (из социально-неблагополучной семьи). Обратились за медицинской помощью в сопровождении тети, не являющейся официальным опекуном ребенка. Больная предъявляла жалобы на частые боли в животе, вздутие живота, периодическую тошноту, нарушение стула, высыпания на коже, низкую массу тела. По тяжести состояния и для уточнения диагноза и подбора терапии девочка была госпитализирована в профильное отделение стационара. Через неделю тета стала настаивать на выписке ребенка. Лечащим врачом была проведена беседа о необходимости дальнейшего пребывания больной в стационаре (по тяжести состояния), но женщина продолжала настаивать на выписке. Сотрудники стационара обратились за помощью в органы опеки, которые, в свою очередь, признали госпитализацию недействительной, так как не было получено согласие родителей (официальных представителей ребенка).

Комментарий. В данной ситуации перед госпитализацией необходимо уточнить, являются ли сопровождающие ребенка взрослые, его официальными представителями, и получить письменное согласие на госпитализацию, а также проведение диагностических и лечебных процедур.

Но в данном случае мы наблюдаем противоречие юридических и этических требований [1]. Девочка, как мы отметили, была из неблагополучной семьи, поэтому родители могли выступать как агенты риска в ее заболевании. Имели ли они, в этом случае, моральное право решать судьбу ребенка? ФЗ №323 однозначно определяет приоритет родителей в решении таких вопросов [2]. Но их равнодушие к судьбе ребенка говорит о том, что свое право на решение его судьбы они либо не используют, либо могут использовать несоответствующим образом. Воспитанием девочки занимается, в основном, ее тетя.