

Принципы психологического обеспечения подготовки к операциям в акушерско-гинекологической практике

Прохоров В.Н., Коротовских Л.И., Глузов Е.Ю.

Уральская государственная медицинская Академия, ГБ № 7 г. Екатеринбург

Ключевые слова: психология, подготовка, операции, акушерство, гинекология

Данные врачебного опыта и современной литературы свидетельствуют о несомненной важности этического, деонтологического и психологического аспектов взаимоотношений между врачом акушером-гинекологом и пациенткой (гинекологической больной или беременной) [10], а также о серьезном и многоплановом значении психологического воздействия на беременную в женской консультации и стационаре в связи с решением об абдоминальном родоразрешении или гинекологической операции. Считается общепризнанным, что перед операцией кесарева сечения (КС) или гинекологической операцией крайне необходимо устранение чувства страха и достижение психического покоя [5, 7, 8].

Многочисленные литературные источники [1,2,3,9] всесторонне и весьма подробно отражают особенности общесоматического и специального, принятого в акушерско-гинекологической практике обследования перед операцией, методов подготовки всех систем и органов к операции, включая формы медикаментозной предоперационной подготовки для обеспечения нейровегетативной защиты и предохранения женщины от операционного стресса. Даются также рекомендации по созданию оптимальных условий плоду, обеспечивающих его нормальную адаптацию в раннем неонатальном периоде. Все эти рекомендации относятся в основном только к соматическим аспектам предоперационной

подготовки. К сожалению, имеющиеся в доступной литературе сведения о деонтологических и психологических аспектах обеспечения операций в акушерско-гинекологической практике [6; 11] весьма немногочисленны, а также недостаточно подробны и систематизированы.

Все это свидетельствует о необходимости изложения основных деонтологических и психологических принципов процесса подготовки к акушерским и гинекологическим операциям, особенностям взаимоотношений между врачами различных специальностей и беременной женщиной или гинекологической больной в этом периоде.

Не вызывает сомнений, что в настоящее время все указанные вопросы должны рассматриваться с позиций биомедицинской этики. Биомедицинская этика - это достаточно новое, современное учение об основных социальных, правовых и этических требованиях и их последствиях, связанных с нарушением этих требований в процессе профессиональной деятельности медицинских работников, включая их взаимоотношения с пациентами.

В связи с возрастающей интеграцией нашей страны в мировое сообщество, в том числе в медицинских аспектах, во многом по новому стали восприниматься права больного. На протяжении многих десятилетий в нашей стране главенствовал так называемый "патерналистский" взгляд на пациента. То есть врач смотрел на больного, как мудрый, всезнающий отец смотрит на ребенка, который не знает, не понимает ни принципов, ни особенностей и тонкостей медицины, а должен полностью полагаться на знания, умения и мнение врача и точно следовать его советам. В мировой медицинской практике в настоящее время пациент считается главной фигурой и, получив от врача полную и объективную информацию о своем заболевании, особенностях состояния здоровья, принимает те или иные решения,

Прохоров Валентин Николаевич - докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Уральской государственной медицинской академии;

Коротовских Лилия Ивановна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии Уральской государственной медицинской академии;

Глузов Евгений Юрьевич - канд. мед. наук, зам. главного врача МУ ЦГБ №7 г. Екатеринбург

давая согласие на обследование и лечение или отвергая его.

С 1993 года в России действуют "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", отвечающие основным нормам биомедицинской этики и учитывающие принципы "Международной декларации о правах человека", принятой в 1981 году Всемирной медицинской ассоциацией, а также ряда других международных соглашений [4].

Права пациента должны быть защищены и полностью отвечать принципам автономии, т.е. пациент должен сохранять реальную независимость от врача и в целом от всей системы здравоохранения, благодаря чему он может свободно принимать любые решения, касающиеся его собственного здоровья. В законодательстве Российской Федерации нашли отражение права пациента на:

- 1) полную информацию о своём здоровье;
- 2) согласие или отказ от любых видов медицинской помощи (обследование, лечение, профилактические мероприятия);
- 3) возмещение причинённого здоровью ущерба;
- 4) помощь адвоката и судебную защиту.

Практический опыт и данные клинических наблюдений свидетельствуют, что, получив от врача информацию о необходимости произвести акушерскую или гинекологическую операцию, многие беременные женщины или гинекологические больные испытывают сильное волнение, беспокойство и даже тревогу различной степени выраженности. Полученная информация по сути является серьезным стрессом, поскольку женщина усматривает в ней опасность для своего здоровья и даже жизни. Иногда эта возникшая тревожность формирует истерическое или депрессивное состояние, проявляется тяжёлыми, весьма мучительными переживаниями, слезливостью, нарушениями сна и даже симптомами вегетативных дисфункций. Очень часто женщины ощущают беспокойство, а некоторые из них - даже страх возможности развития осложнений во время и после операции, нарушений в состоянии своего общесоматического здоровья или репродуктивной функции в будущем, испытывают боязнь наркоза, беременные и роженицы - тревогу за состояние ребенка и его дальнейшее развитие.

Причинами психоэмоциональных расстройств у женщин перед операцией в акушерско-гинекологической практике обычно являются:

- 1) недостаточность информированности пациентки об операции, её особенностях,

осложнениях, способах их профилактики или искажённые представления женщины о предстоящей операции;

- 2) психогении, возникшие в процессе неверного или недостаточно продуманного информирования женщины об операции и исходящие от медицинского персонала, родственников женщины или от её знакомых;

3) недоверие пациентки по отношению к медицинскому персоналу, к его компетентности, заинтересованности в данной пациентке, способности своевременно оказать ей высококвалифицированную помощь, возникшее в результате нарушений медицинским персоналом принципов деонтологии или под воздействием негативной информации от знакомых и родственников, особенно имеющих медицинское образование, от соседей по палате, иногда - из средств массовой информации;

- 4) исходное невротическое состояние гинекологической больной или беременной.

Для достижения оптимальной психологической адаптации женщины перед гинекологической или акушерской операцией, в процессе её выполнения и в послеоперационном периоде необходимо:

- 1) знание и соблюдение юридических норм в процессе оказания медицинской помощи;
- 2) строгое соблюдение всех деонтологических правил, основных психологических положений и сложившихся клинических принципов взаимоотношений медицинского персонала и пациента;
- 3) обязательный учёт психологических особенностей женщины.

При наличии гинекологической патологии, требующей оперативного лечения, врач женской консультации информирует об этом пациентку и направляет на специализированный прием, где оперирующий врач-гинеколог, обычно это заведующий гинекологическим отделением, решает окончательно вопрос о характере заболевания, виде операции и предварительном прогнозе лечения. Пациентке дается перечень необходимых видов обследования и направление на госпитализацию. На всех этапах общения с женщиной медицинским работникам необходимо соблюдать доброжелательность и проявлять заинтересованность в успехе лечения, при необходимости - отвечать на любые вопросы, проявляя при этом такт и абсолютную выдержку. Следует учитывать, что многие женщины могут до самого дня операции носить в себе сомнения и тревогу, а одно лишь неверное слово может быть причиной отказа от операции даже в последний момент.

Сообщать беременной в условиях женской консультации о предполагаемом оперативном способе родоразрешения следует в особо деликатной форме и дифференцированно в зависимости от конкретной ситуации. Информация в виде окончательного решения об операции КС может быть изложена женщине только в случаях реальных показаний к будущей операции по поводу соответствующей акушерской патологии или по поводу серьезных экстрагенитальных заболеваний (по заключению соответствующих специалистов: терапевта, окулиста, хирурга и т.д.).

В случаях, когда оперативное родоразрешение может быть вероятным, но не абсолютно обязательным, необходимо изложить женщине эту точку зрения достаточно корректно и указать, что окончательное решение будет принято в стационаре перед родами. Бывают случаи, когда врач женской консультации с ненужной категоричностью заявляет, что беременной предстоит операция КС. В ряде случаев бывает, что консилиум врачей роддома после тщательного обследования считает возможным у женщины, предварительно настроенной на оперативное родоразрешение, провести роды естественным путем. В этих случаях бывает очень сложно убедить женщину в целесообразности консервативного родоразрешения, поскольку она окончательно настроилась на операцию. Для нее решение консилиума является полной неожиданностью, к которой она не была готова, и, следовательно, сильнейшим стрессом. В этих случаях переживания, слезы, повторные объяснения ситуации врачами стационара, консультации женщины с родственниками, а иногда - и со знакомыми медиками вне стен роддома являются обычной ситуацией.

У беременных группы риска по вероятности оперативного родоразрешения при госпитализации для подготовки к родам наряду с обменной картой обязательно должны быть данные обследования по тем видам патологии, которые могут явиться основанием для операции или быть значимыми для оптимального ее выполнения:

- 1) результаты всех специальных видов обследования;
- 2) данные осмотра консультантов;
- 3) подробные справки о течении предыдущих родов с указанием всех видов патологии, описанием оперативных пособий и течения послеродового периода. Отсутствие в родильном стационаре этих данных значительно осложняет возможность принятия правильного решения в отношении вида родоразрешения, а нервная атмосфера, вызванная стремлением

врачей в этих условиях провести срочное дообследование и проведение консультаций непосредственно перед родоразрешением, вызывает чувство тревоги у женщины и неуверенность в благополучном исходе родов. Те же требования следует предъявлять при подготовке к гинекологическим операциям.

Все врачи, осуществляющие курацию женщины перед любым оперативным вмешательством, должны знать и строго соблюдать соответствующие права женщины:

- 1) право на объективную и своевременную информацию о своём здоровье, о диагностических и лечебных планах, о прогнозе для себя, своей репродуктивной и сексуальной функции, а в акушерской практике - прогнозе для ребёнка;

- 2) право на выбор вида лечения (женщина может согласиться или отказаться от любого предложенного вида лечения, в том числе от операции);

- 3) право выбора лечащего врача, в том числе хирурга и анестезиолога, или отказ от какого-то врача;

- 4) право на медицинскую помощь в том полном объеме, который возможен в данном учреждении;

- 5) право на корректное, деонтологически выдержанное отношение, ни в коем случае не затрагивающее чести и достоинства пациентки.

После того, как принято окончательное решение об оперативном вмешательстве, врач акушер-гинеколог должен:

- 1) сообщить женщине мнение врачей о необходимости проведения операции и рассказать о конкретных показаниях к ней;

- 2) изложить самые общие сведения об операции, уточнив особенности разреза передней брюшной стенки и кожного шва, объяснить влияние операции на общее состояние здоровья, на сексуальную и репродуктивную функции женщины, на особенности контрацепции (эти вопросы обычно интересуют пациенток);

- 3) познакомить женщину с предварительным прогнозом для неё самой, а при акушерских операциях и для ребёнка;

- 4) указать состав операционной бригады;

- 5) следует объяснить женщине, в каком объеме она может сообщить информацию об операции мужу и другим родственникам, особенно важными и деликатными являются ситуации, когда в результате операции удаляются яичники, маточные трубы или сама матка.

Врач акушер-гинеколог перед операцией должен обстоятельно побеседовать с женщиной и ответить на все её вопросы. В процессе

беседы необходимо создать доброжелательную и доверительную атмосферу общения, проявить неформальный, заинтересованный подход к самой пациентке и к исходу операции. Чтобы снять чувство тревоги у женщины, врач должен уметь выразить оптимизм в отношении конечного результата, не скрывая, однако, имеющихся негативных моментов. В конечном итоге, у женщины должно сформироваться мнение, что оперативное родоразрешение в данной ситуации является наиболее оптимальным выбором и что врачами будет сделано всё необходимое для достижения выздоровления у гинекологической больной или для успешного завершения родов у беременной или роженицы.

В целях соблюдения установленных юридических норм беременная должна сделать в истории родов запись о своём согласии на операцию, а при желании пациентки произвести стерилизацию, она оформляет эту запись в виде просьбы.

Врач-анестезиолог при беседе с женщиной объясняет полную эффективность и достаточную безопасность выбранного метода обезболивания и даёт рекомендации по медикаментозной предоперационной подготовке, включающей седативные и снотворные препараты.

Врач-неонатолог перед операцией кесарева сечения подробно и заинтересованно информирует пациентку о состоянии здоровья ребенка в настоящий момент и отвечает на все ее вопросы об оказании помощи ребёнку уже после рождения и условиях его пребывания в отделении новорожденных. Не скрывая отклонений в состоянии здоровья плода и возможных опасностей для него при операции и после нее, неонатолог должен в целом сохранять оптимистичность в отношении ребенка даже в сложных клинических ситуациях. Все это также создаёт у женщины уверенность в благополучии состояния здоровья будущего ребёнка. Беседа с неонатологом является особенно значимой, поскольку перед родоразрешением мысли и надежды женщины

зафиксированы на ребенке, его состоянии здоровья сейчас и в будущем.

При наличии у беременной перед операцией признаков невротического состояния (беспокойство, чувство напряженности, выраженной тревоги и страха, раздражительность, плаксивость, расстройством сна, сомато-вегетативные нарушения и т.д.) требуется консультация опытного психолога или психотерапевта. Иногда пациентка требует более тщательного и глубокого обследования, включая психодиагностическое тестирование, и проведения систематических психокорректирующих мероприятий.

В день операции вначале утром в палате, а затем в операционной медицинский персонал (акушерки, медицинские сестры и обязательно врач-оператор) ещё раз несколькими фразами должны успокоить женщину, дать ей понять, что всё будет хорошо. Приветливый тон и доброжелательное выражение лица говорящего весьма положительно влияют на пациентку и внушают ей надежду на успех.

Рекомендации по оптимизации психоэмоционального состояния женщины в процессе подготовки и выполнения гинекологических операций и операции КС служат повышению адаптационных возможностей организма пациентки. Известно, что на фоне предоперационного психоэмоционального стресса понижаются пороги тактильной и болевой чувствительности и могут возникать патологические вегетативные реакции [12]. Следует полагать, что выполнение вышеизложенных деонтологических и психологических принципов обеспечения операций в акушерско-гинекологической практике будет способствовать повышению психологической устойчивости женщины при хирургическом стрессе и предотвращению развития патологических соматовегетативных реакций. Все это будет способствовать повышению эффективности оперативного лечения в акушерско-гинекологической практике.

Литература

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение. СПб.: Гиппократ; 1991.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. СПб.: Гиппократ; 1992.
3. Вишневская Е.Е. Бохман Я.В. Ошибки в онкогинекологической практике: Справочное пособие. Мн.: Выш.шк.; 1994.
4. Дуков Л.Г. Варнаков П.М. Биоэтика практикующего врача. Клиническ. медицин. 1998; 8: 46-48.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И., Фролова О.Г. Здоровье и качество жизни женщин после тотальной и субтотальной гистерэктомии, произведенной по поводу миомы матки. Акушерств. и гинеколог. 1999; 1: 31-34.
6. Каменецкая Г.Я. Терапия депрессивных нарушений при хирургической менопаузе. Акушерств. и гинеколог. 2005; 3: 37-40.
7. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логутова Л.С. Кесарево сечение. М.: ТОО "ТЕХЛИТ"; Медицина; 1997.
8. Кулаков В.И. Серов В.Н., Абубакирова А.М. Обезболивание родов. М.: Триада-Х; 1998.
9. Кохновер С.Г., Капустина М.В., Тареева Т.Г.,

- Коломецкая А.А. Предоперационная подготовка беременных с экстрагенитальной патологией и внутриутробным страданием плода. В: Диагностика и коррекция нарушений состояния плода: республиканск. сб. научн. тр. М.: Медицина;1990. 96-100.
10. Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Савельева И.С., Городничева Ж.А., Гриффин Д. Проблемы этики в репродукции человека. Акушерств. и гинеколог. 2003; 5:3-5.
11. Чернуха Е.А., Побединский Н.М., Ананьев В.А., Короткова В.А. Психологические аспекты кесарева сечения. Акушерств. и гинеколог.2005;1:52-53.
12. Сергеенко Н.И. Некрасов В.Б., Соловьёв Ю.А. Зависимость сенсорных восприятий от преобладания пара- или симпатотонии в условиях предоперационного психоэмоционального напряжения. Анестезиолог. и реаниматолог. 1991; 2;13-15.