

Информированное согласие в акушерской анестезиологии: что говорить пациенткам?

М. Веркаутерен

Университетская больница Антверпена, Эдеж, Бельгия

Informed consent in obstetric anaesthesia: what to tell patients?

M. Vercauteren

Antwerp University Hospital, Edege, Belgium

Акушерская анестезиология является уникальной областью, в которой необходимо с особым уважением относиться к процессу получения информированного согласия. Последние данные по этой проблеме сфокусированы на концепции «разделенного принятия решений» и клинической терапевтической роли информированного согласия в улучшении ухода за пациентками. Врач предоставляет свои знания и опыт, а пациентка свои беспокойство, страх и опасения. Подобный процесс может повысить степень участия пациентки в уходе за собой, привести к сотрудничеству женщины с врачом вплоть до самостоятельного мониторинга состояния своего здоровья. Являясь рутинной в большинстве клиник, процесс получения информированного согласия чаще всего используется врачами с целью получения собственной защиты от возможных жалоб.

Информированное согласие – это предоставление информации беременной и ее родственникам с целью дальнейшего создания «форума», позволяющего осуществлять адекватное сотрудничество между пациенткой и врачом [1]. Получение информированного согласия в акушерстве является более сложным делом, поскольку в данный процесс вовлечена не только мать. Решения пациентки и врача могут меняться во время родов. Женщины могут попросить врача выполнить «необычные» действия, например кесарево сечение на основании «запроса матери». Большинство вопросов, которые задают женщины, возникают вследствие их заинтересованности в информации, ее точности и детальности, желания быть участником процесса родоразрешения.

Способность принимать решения

Возможность принимать решения требует понимания и коммуникативности, способности все взвешивать и владеть понятиями ценности и цели. Хотя существует общее согласие относительно данных требований, но не существует единого, универсального стандарта, который отражает возможность принятия решения. Самым частым возражением против концепции информированного согласия является противоречие между отсутствием медицинских знаний у пациента и необходимостью достичь «понимание» пациентом своего состояния, сути методов лечения и их рисков [2]. Вследствие этого выдвигается предположение, что нужно использовать фактические знания как средство расширения понимания ситуации пациентом, и такой подход позволит принять решение об уходе в манере, к которой пациенты привыкли принимать похожие решения. Однако неправильно полагать, что пациент должен понимать информацию в той же манере и объеме, как врач. Это уже можно воспринимать как патернализм, не позволяющий пациентам принимать самостоятельные решения вовсе [3].

Серьезной проблемой для процесса информированного согласия является наличие у пациента болевого синдрома. Понятно, что в акушерстве эта проблема из-за боли в родах становится особенно актуальной. Может ли человек принимать решение в таких условиях? Многие врачи полагают, что боль и стресс во время родов нарушают сам механизм добровольного согласия. Однако с каждым днем это мнение уходит в историю [4]. Результаты некоторых исследований показывают, что дискомфорт, вызванный болью,

не влияет на способность женщины слушать и воспринимать информацию, связанную с информированным согласием [5].

То же самое можно сказать о влиянии обезболивающих средств. Доказано, что анальгетики и седативные препараты не оказывают влияния на умственные способности человека [6], хотя исследователи и пытаются показать, что реакция пациентов в ответ на информацию на фоне приема анальгетиков достаточно замедленная, но все это зависит от объема информации. Во время родов мы пытаемся уменьшить и сжать всю информацию до объема документа формата А4. Это выглядит более разумным, чем применение буклетов, которые состоят из десятка страниц.

Адекватное предоставление информации для матери

Анестезиолог должен обсуждать с беременной план лечения в «транспарантной» манере. Адекватное информированное согласие требует от специалиста определенных усилий, чтобы все объяснить пациентке. Это больше, чем просто формальное получение подписи под списком возможных осложнений [7]. Перед тем как посчитать, что согласие абсолютно «законно», необходимо рассказать пациентке обо всех плюсах и минусах каждого возможного анестезиологического пособия. Если анестезиолог вслух воспроизводит свои мысли относительно возможного пособия, то это позволяет ей понять и участвовать в создании двустороннего процесса.

Закон во многих странах не требует врача информировать пациента обо всех возможных осложнениях, позволяя останавливаться только на «необходимом» количестве информации. Если «вылить» на пациента слишком много информации, то это может привести к эмоциональному стрессу. Если пациенту дать всю информацию обо всех плюсах и минусах общего и нейроаксиального обезболивания, то он может вообще отказаться от анестезии. Так же и хирурги не говорят пациенту о том, что они могут случайно оставить хирургический материал в брюшной полости.

Вообще, как следует понимать словосочетание «необходимое количество информации»? Согласно стандарту профессиональной практики, необходимая информация – это те данные, которые врач сообщает пациенту в одних и тех же или схожих обстоятельствах [8]. Важным остается решение конкретного пациента. Таким образом, количество и качество информации (другими

словами «то, что пациент должен знать») должно определяться пациентом, а не врачом.

Не все пациенты хотят обладать всей информацией, однако некоторые из них настаивают на получении полной информации. Всем пациентам необходимо дать возможность получать полную информацию по их требованию. «Степень» информации, которой хочет владеть пациент, также отличается в разных странах. Исследования в США, Великобритании и Австралии выявили значительную разницу потребности в информации. Это может быть обусловлено количеством той информации, которой пациенты уже обладали через средства массовой информации, вне зависимости от степени их образования, боязни инфекции, собственного опыта.

Так что же стоит говорить пациенткам на практике?

В некоторых странах принят «принцип одного процента». Это означает, что если частота какого-либо осложнения превышает 1%, то о нем сообщается пациентке. Хотя некоторые и считают, что это не подкреплено легальной основой, данный метод является более практичным. На практике большинство пациенток, которым предстоит нейроаксиальная анестезия, получают информацию о возможной артериальной гипотонии, головной боли, зуде, слабости ног, тошноте/рвоте, недостаточности блока (в зависимости от метода). Все это укладывается в «принцип одного процента». Следовательно, анестезиологу нет необходимости говорить о таких осложнениях, как аллергические реакции, неврологические повреждения, остановка сердечной деятельности, высокий/тотальный спинальный блок, внутрисосудистое введение препарата, судороги, менингит...

Объектом для дебатов остаются такие осложнения, как более высокая частота инструментальных родов, более длительная продолжительность второго периода родов и лихорадка.

Как избежать неприятностей в дальнейшем?

Единственным решением проблемы информированного согласия является адекватное антенатальное обучение беременных. На данном этапе беременности возможно получение информации посредством буклетов (не очень обширных), видеопрезентаций. Никто не может игнорировать

пользу этих мероприятий, однако необходимо помнить, что данное обучение не может предотвратить беспокойство женщины, которой предстоит кесарево сечение. Данное беспокойство лишь усугубляется ближе к сроку родов [9]. При родах через естественные родовые пути роженицы настоящую боль начинают испытывать в первом периоде родов. И вот только тогда пациентка может всерьез задуматься об анестезии и истинном «информированном согласии».

Поскольку с каждым годом растет количество жалоб пациенток по поводу недостаточного обезболивания (недостаточного блока), необходимо обязательно информировать каждую беременную относительно данного возможного осложнения. Женщина, которая страдает от боли во время родов, может выбрать нейроаксиальное обезболивание, несмотря на возможные побочные эффекты. Однако если женщина заранее знает о кесаревом сечении, то она может изменить свою точку зрения.

Информированное согласие и исследования

Исследования, которые выполняются в акушерстве по поводу информированного согласия, отличаются от общепринятых, т. к. пациентки стремятся побыстрее получить обезболивание, они боятся получить меньше внимания. С другой стороны, женщина может «ускорить» получение дальнейшей информации с целью получить

анальгезию быстрее. Этическая сторона исследований прошлых лет является предметом обсуждения. Речь идет о рандомизированных исследованиях по сравнению эпидуральной анальгезии с отсутствием методов обезболивания.

Обсуждение на будущее

Повышающаяся частота случаев родов на дому может указывать на то, что это происходит вследствие информации, которая распространяется акушерками. В нашей больнице акушерки предоставляют большую часть пренатальной информации, а программы Baby/Maternal Friendly Hospital Initiative (BFHI) фокусируют внимание на кормлении грудью и уходе за ребенком после родов, игнорируя информацию об анестезиологическом пособии.

Выводы

В большинстве стран информированное согласие не является обязательным. Тем не менее кажется, что в XXI в. желательно информировать пациентов или хотя бы предоставлять пациентам возможность задавать вопросы, получать полные ответы и обсуждать с врачом возможные варианты. Подписывать форму согласия на вмешательство не обязательно, ведь она не всегда может защитить от жалобы.

Литература

1. *Hoehner P. J.* Ethical aspects of informed consent in obstetric anesthesia. New challenges and solutions // *J. Clin. Anesth.* 2003; 15: 587–600.
2. *Lieberman M.* The physician's duty to disclose risks of treatment // *Bull. NY Acad. Med.* 1974; 50: 943–948.
3. *Meisel A., Kuczewski M.* Legal and ethical myths about informed consent // *Arch. Int. Med.* 1996; 156: 2521–2526.
4. *Grice S. C., Eisenach J. C., Dewan D. M., Robinson M. L.* Evaluation of informed consent for anesthesia for labor and delivery // *Anesthesiology.* 1988; 69: A 664.
5. *Pattee C., Ballantyne M., Milne B.* Epidural analgesia for labor and delivery: Informed consent issues // *Can. J. Anaesth.* 1997; 44: 918–923.
6. *Bianco E. A., Hirsh H. L.* Consent to and refusal of medical treatment. In: American College of Legal Medicine. *Legal Medicine.* St. Louis: Mosby, 1998; 261–272.
7. *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research.* Making Health Care Decisions, Volume One: Report Washington DC, US Government Printing Office, 1992.
8. *Waltz J. R., Scheunemann T.* Informed consent and therapy // *Northwestern Univ. Law Rev.* 1970; 64: 628.
9. *Scott W. E.* Ethics in obstetric anaesthesia // *Anaesthesia.* 1996; 51: 717–718.