

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

Елькин И.О., Блохина С.И., Швецов М.Е.

*ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум»,*

Взаимоотношения врача, ребенка и его родителей остаются основой педиатрической практики. Центральное место в современной медицинской этической доктрине занимает принцип автономии. Начиная индукцию в наркоз, анестезиолог изменяет сознание пациента и в той или иной степени лишает его автономности. Врачи и родители ребенка должны стремиться к сотрудничеству и говорить друг другу правду.

**Ключевые слова:** анестезиология - реаниматология, модели отношений, автономия, права пациента, законный представитель.

### **Ethical problems of anesthesiological support for operational interventions in children**

Elkin I.O., Blokhina S.I., Shvetsov M.Y.

*State financed Health Institution Sverdlovsk region Children's Clinical Hospital of remedial treatment Scientific-Practical Centre "Bonum", Ekaterinburg, Russia*

The physician relationship, the child and his parents are the foundation of pediatric practice. The central place in modern medical ethical doctrine is the principle of autonomy. Since the induction of anesthesia, the anesthesiologist changes in the patient's mind and to some extent deprived of its autonomy. Doctors and parents of the child should strive to cooperate and tell each other the truth.

**Keywords:** anesthesiology - resuscitation, relationship models, autonomy, patient rights, legal representative.

Задачами анестезиологии являются выбор метода обезболивания; подготовка больных к операции, проведение анестезии, мониторинг и коррекция состояния жизненно важных функций больного во время операций и в послеоперационном периоде; восстановление утраченных или измененных по различным причинам жизненно важных функций организма [1].

На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом, ребенком и его родителями было и остается доверие. Еще недавно все сводилось к тому, что родители доверяли врачу право принимать решения [2]. Родители доверяли врачу – врач брал на себя заботу о их ребенке. И поныне взаимоотношения врача, больного и его семьи в немалой степени определяют успех медицинской помощи [3].

Центральное место в современной медицинской этической доктрине занимает принцип автономии. Медицинская сестра Ингрид Ханссен (Норвегия) процитировала в своем выступлении на XVII Европейской конференции по философии медицины и здравоохранения датского философа К.Логструпа: "Имеем ли мы право навязывать свое понимание пациенту даже в том случае, когда мы считаем, что действуем в его интересах?" Право на знание и незнание (в выступлении - своего диагноза), принятие окончательного решения Ханссен считает неотъемлемым правом пациента, которое следует уважать [4].

Право пациента принимать решения, касающиеся его здоровья, бессмысленно, пока он не располагает достаточным объемом информации для принятия такого решения. Это выражает его право на знание. Это право с этической и юридической точки зрения важнее опасений врача, что пациент испугается возможного риска и по этой причине откажется от полезного медицинского лечения. Вербальное согласие пациента, данное после того, как планируемая процедура полностью объяснена, более веско, чем формальное больничное согласие, подписанное с минимальными или нулевыми знаниями о процедуре [5]. Эта концептуальная позиция, к сожалению, сочетается с чрезвычайно широко распространенным правовым и этическим нигилизмом наших специалистов интенсивного этапа лечения, для которых проблема информирования больных вообще редко подвергается рефлексии.

Получение информированного (компетентного) согласия является практической стороной уважения врача к семье ребенка. Даже когда в отношениях между врачом родителями преобладал патернализм, существовала законодательная обязанность получения согласия законного представителя ребенка на проведение медицинских процедур.

Начиная индукцию в наркоз, анестезиолог изменяет сознание пациента и в той или иной степени лишает его автономности. Две взаимосвязанные сущности человека, психологическая и физиологическая, функционально оказываются разделенными, пациент не свободен в выражении или действии, а в случае ребенка его представители лишены возможности это сделать. Беря на себя ответственность за пациента, анестезиолог вступает в договор – созданный в ходе общения до наркоза – договор, подразумевающий защиту психологической сущности посредством ухода за сущностью физиологической [6]. Как в этом случае быть с этикой?

На наш взгляд, дело должно обстоять следующим образом. Введение в наркоз часто сравнивают со сном. Сравнивая наркоз со сном, мы убеждаем пациента в обратимости

анестезии [7]. В ходе индукции необходимо общение на мягких, спокойно-гипнотизирующих тонах. Так как звук усиливается при расслаблении мышц, контролирующего напряжение барабанной перепонки, искажение звука в сочетании с растормаживанием может провоцировать волну страха. Там, где проводится анестезия, должна быть тишина. Для ребенка анестезиолог может использовать гипнотические сказки или фантазии.

При всем разнообразии подходов сотрудничество врача больного и его семьи состоит из четырех главных компонентов: поддержки, понимания, уважения, сочувствия.

Поддержка – это одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и больного. Поддержка означает, что врач стремится быть полезным больному. Обычно это само собой разумеется и не требует никаких доказательств; однако бывают случаи, когда родители ребенка отнюдь не уверены, что врач отстаивает его интересы.

Понимание – такое состояние, когда родители больного ребенка уверены, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает.

Уважение подразумевает признание ценности ребенка и сопровождающего родителя как индивида и важности его забот.

Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества между врачом и больным. Нужно уметь поставить себя на место больного, его родителей, взглянуть на мир их глазами.

Таким образом, сотрудничество врача и родителей больного – необходимое условие успеха лечебных мероприятий. Обычно установление таких взаимоотношений не представляет для врача сложности, поскольку сами больные стремятся к плодотворному сотрудничеству с ним.

Родители, с которыми в процессе лечения трудно наладить отношения, условно можно отнести к категориям:

- родители, не склонные к сотрудничеству с врачом; родители, имеющие цели, отличные от лечения;
- родители, с которыми трудно наладить взаимопонимания; родители, доверительные отношения с которыми мешают процессу лечения.

Далеко не все родители, обращающиеся к врачу, склонны сотрудничать с ним и верят, что врач хочет и может им помочь. Такие родители не готовы к установлению сотрудничества в процессе лечения. Практика показывает, что многие из них смотрят на попытки врача завязать с ними доверительное отношение как на замаскированное

стремление не дать им получить “настоящую” помощь. Иногда это выражается открыто: “Я врачам не верю”.

Распознать родителя скептически настроенного по отношению к врачам, обычно не трудно, но избежать его отрицательной или оборонительной реакции гораздо сложнее.

Тем не менее, важно уметь отличать таких людей от прочих и не пытаться убеждать их словами. Скорее всего, на них большее впечатление произведут не слова, а действия. В подобных случаях, как и во многих других, потенциально конфликтных ситуациях, полезно дать родителю понять, что его внимательно выслушали. Иногда обойти острые углы простые реплики типа: “Я Вас внимательно слушаю”, или “Я кое-что предложу, но решать Вы, конечно, будите сами”.

Особую категорию составляют родители, имеющие цели, отличные от лечения. Доверительные отношения с врачом, они стремятся использовать в целях, не имеющих ничего общего с лечением. Такие родители, в отличие от предыдущих обычно выглядят настроенными на плодотворное сотрудничество, благодарными и полностью доверяющими врачу. На самом деле те из них, кто особенно усердствует в похвалах, чаще других вступают с врачом в конфликт. Это такой тип ситуаций, при которых возможно злоупотребление доверием врача, - когда болезнь ребенка приносит родителю определенные выгоды. Другими словами, болезненное состояние приносит какую-то пользу, и в результате родитель стремится его сохранить. Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии.

Наконец, еще один редкий тип людей, не склонных к установлению плодотворного сотрудничества с врачом, можно назвать “сутяжным”. Несмотря на то, что родители с изначальной установкой на предъявление судебного иска встречаются крайне редко, врач должен уметь их распознавать. Важно подчеркнуть, что в большинстве своем судебные иски вызваны именно конфликтными отношениями. И главное следовать совету юристов – предельно четкая документация.

Родители, с которыми в процессе лечения трудно наладить взаимопонимание, несмотря на обоюдное стремление к нему, могут быть разного склада, но обычно это люди, чья личность не вызывает у нас интереса. Однако врач не должен позволять себе такой субъективности. Родителей, с которыми часто возникают трудности, в установлении сотрудничества условно можно разделить на три типа: «настырные», «бывалые» и «хронически недовольные».

«Настырные» умеют обосновать свои самые бессмысленные требования.

«Бывалые» интенсивно пользуются медицинской помощью и медицинской информацией, и в общении с врачом назойливо проявляют свою компетентность, что вызывают раздражение и досаду.

«Хронически недовольные» изводят врачей в отчаяние, постоянно сообщая им о неэффективности, недостаточности, поверхностности применяемого обследования и лечения.

Существует ряд приемов, облегчающих работу с указанными выше типами родителей. «Настырному» родителю следует разъяснить его право на хорошее медицинское обслуживание их ребенка, которое, однако, не обязательно включает выполнение каждого его требования.

«Бывалых» следует тактично «ставить на место», разъясняя, что бессистемная эрудиция не заменяет профессионального опыта.

Столкнувшись с «хронически недовольными» родителями, лучше всего признать неутешительное состояние ребенка, разделить их пессимизм и обратить свое внимание, скорее на установление с ними хороших отношений, чем на разъяснение какой-то определенной программы лечения – в нашем случае варианта анестезии. И лишняя детализация предстоящей процедуры с неизбежностью приведет к разрыву.

Таким образом, своевременно распознав в больном склонность к тому или иному типу поведения врач более объективно может предвидеть ход развития взаимоотношений с пациентом и избежать нежелательного для процесса выздоровления больного развития событий.

Наконец, необходимо признать, что доверительные отношения с родителями иногда мешают объективно взглянуть на ситуацию и понять реальный ход вещей. Из-за высокой степени доверия к больному можно не заметить наркоманию у подростка, не узнать о лекарственной непереносимости или тот факт, что родители одновременно консультировались по проблеме анестезии у другого врача и получили сведения, которые противоречат вашим. Следовательно, полезно иногда показать своего больного коллеге. Его свежий взгляд часто открывает то, что вам не удалось заметить.

Наконец, обратим внимание на такой момент: говорить правду обычно считается обязанностью больного по отношению к врачу и врача по отношению к больному. Однако самое важное для врача — это сказать правду самому себе, т. е. признаться в своих недостатках и определить пределы возможностей. В этих пределах и следует ограничить сферу своей ответственности. Устанавливая уровень своих профессиональных притязаний, легче определить, на что следует тратить время, которого всегда не хватает.

Практическая работа неизбежно отнимает все наше время и еще чуть-чуть. Умение устанавливать пределы возможного и эффективно распределять свои силы очень важно для врача, особенно – работающего на интенсивном этапе лечения.

В итоге просматривается новая модель построения отношений в системе ребенок – родители – врач, которую следовало бы назвать адаптивной. Обладая определенным информационным «буфером компетентности», содержащим психологические и социальные знания и умения, клинический и правовой опыт, анестезиолог может выстроить индивидуальную для каждого случая линию поведения.

Врачи интенсивной терапии давно научились уживаться с родителями, не слушающими их советов. Теперь они учатся работать с родителями, которые не просто высказывают просьбы, но отдают приказы. Если есть выбор, он должен быть больному предоставлен, но иногда врач в силу своего долга вынужден бесстрастно сказать “нет” его законному представителю.

Взаимоотношения врача, ребенка и его родителей остаются основой педиатрической практики. Врачи и родители ребенка должны стремиться к сотрудничеству, делиться своими сомнениями и говорить друг другу правду. По-настоящему хороший результат в медицине даст сочетание доверительных человеческих отношений с чудесами научно-технического прогресса [8]. А для этого технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с ребенком и его родителями.

#### Список литературы

1. Левит А.Л. Организация работы реанимационно-анестезиологической службы Свердловской области. / Интенсивная терапия 2005. № 1 (1), с. 15-22.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
3. Бартко А.Н. К вопросу о самоопределении личности: актуальные проблемы в биомедицинской этике. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов. Выпуск № 10. М., 1994 г., стр. 170.
4. Научно-практический комментарий уголовного кодекса Украины от 5 апреля 2001 года / Под ред. Н.И. Мельника, Н.И. Хавронюка. – К.: Канион, А.С.К., 2002. – 1216 с.
5. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R: A model of empathic communication in the medical interview. JAMA 1997; 277: 678-82.
6. Lube GH, Kerssens C, Phaf H, Sebel PS: Dependence of explicit and implicit memory on Hypnotic state in trauma patients. Anesthesiology 1999; 90: 670-80.

7. Nicholson SC, Schreiner MS, Watcha MF: Preoperative preparation of the child for anesthesia. Am J Anesth 1996; 23: 157-62.
8. Naisbitt J. Megatrends. New York: Warner Books, p.35, 1984.

---

Елькин Игорь Олегович – д.м.н., анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 [bonum@bonum.info](mailto:bonum@bonum.info)