

Б.М. Боднар

Дитяча хірургія – це любов, опора і надія

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2018.1(58):116-119; doi 10.15574/PS.2018.58.116

Стосунки лікаря і хворого є головною складовою проблеми медичної етики взагалі та лікарської деонтології зокрема. Це пояснюється специфікою діяльності лікаря, особливо дитячого, якому хворий і його батьки довіряють здоров'я і життя. Беззахисна довіра маленького пацієнта та його рідних вимагає від хірурга не лише професійної майстерності, але й високих моральних якостей, чуйності і терпіння.

Ключові слова: дитяча хірургія, медична етика.

Paediatric surgery is love, trust and hope

В.М. Bodnar

HSEI «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

The doctor-patient relationship is the key element of the problem of medical ethics in general and medical deontology in particular. This is explained by the specific character of doctor's work, especially in paediatrics, to whom the patient and their parents intrust their health and life. The defenceless trust of a small patient and their family requires from the surgeon not only professional skills, but also high moral qualities, sensitivity and patience.

Key words: paediatric surgery, medical ethics.

Детская хирургия – это любовь, опора и надежда

Б.Н. Боднар

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

Отношения врача и больного являются главной составляющей проблемы медицинской этики вообще и врачебной деонтологии в частности. Это объясняется спецификой деятельности врача, особенно детского, которому больной и его родители доверяют здоровье и жизнь. Беззащитное доверие маленького пациента и его родных требует от хирурга не только профессионального мастерства, но и высоких моральных качеств, чуткости и терпения.

Ключевые слова: детская хирургия, медицинская этика.

Дитяча хірургія – це своєрідний профілактичний фільтр, через який проходить гостра та хронічна, вроджена та набута патологія у дітей. Дитячі хірурги – це сміливі, рішучі та відповідальні, висококваліфіковані спеціалісти, які цілодобово стоять на сторожі здоров'я нації, бо це більше, ніж покликання, це обов'язок не тільки перед батьками, суспільством, але й державою.

Проблематика даної роботи розглядається у кількох ракурсах:

- відносини між лікарем та пацієнтом (необхідно врахувати, що пацієнтами дитячих хірургів є не тільки хворі діти, але й батьки та родичі хворої дитини). Від того, які будуть відносини у лікаря з кожним контактером даної групи, певною мірою залежить процес одужання пацієнта;
- професійні відносини між лікарями (дитячі хірурги, педіатри, травматологи-ортопеди, анестезіологи-реаніматологи);
- не менш вразливим для нашого пацієнта, в психологічному плані, є відносини між різними

школами дитячих хірургів нашої країни при визначенні тактики оперативного лікування.

Дитячі хірурги чутливі до дитячого болю, виважені у своїх діях, це спеціалісти тонкої душі, дипломати, що вивчають риси характеру дитини, за якими приховані тонкощі перебігу хірургічної патології.

Робота з дітьми дуже напружена і важка, але водночас цікава, тому що дитина при спілкуванні викликає позитивні емоції своїм виглядом, посмішкою, своєю безпосередністю. Працюючи з дітьми, хірурги більше переживають, ніж самі пацієнти та їхні батьки.

Іноді дивуються, як це хірург з такою великою долею, розміром в об'єм черевної порожнини, може робити операцію на кишечнику, який менший за його палець. Із дітьми працювати удвічі важче, ніж з дорослими. Дитячий хірург, який розраховує на безпосередній результат своєї праці і не любить дітей, працювати з ними не буде, і це – закономірно.

Дитяча хірургія – це поєднання наукового мислення і рукодіяння за наявності у хірурга аналітичних здібностей

без емоцій. Дитячий хірург завжди перебуває у складній ситуації, особливо коли не знаходить причину проблеми у дитини, і не заспокоїться навіть за межами клініки, вдома, на відпочинку чи у бібліотеці, коли він перебирає сотні захворювань у голові, перш ніж виставить діагноз, і тоді напрута минає, настає спокій, і він може рекомендувати операцію чи спостережливе лікування. Дитячі хірурги – дуже чутливі до страждань маленької дитини люди, яка своєю мімікою, поведінкою просить про допомогу.

Відомості про хворого хірург отримує в інтерпретації батьків, і ступінь їх достовірності залежить від спостережливості, від культурного рівня та характерологічних особливостей. Так, одні батьки не хочуть чути про гострий апендицит, знаючи, що за цим слідує операція, і вважають, що в дитини кишкова інфекція, інші ж наполягають, щоб дитину оперувати.

Розмовляючи з батьками, не треба звертати увагу на дитину, нехай вона ознайомиться з обстановкою. Треба триматись на «ліжковій відстані». Потім поступово входити в контакт, часто використовуючи такі прийоми, як дача фенендоскопа чи іграшки. Якщо дитина і батьки підготовлені до зустрічі, то огляд проходить спокійно, що важливо для отримання точнішої інформації. Перед обстеженням мати і тільки вона повинна роздягати дитину; якщо дитина мала, огляд слід проводити на руках у матері. Оглядати малих дітей бажано так, щоб вони бачили своїх батьків. Це діє дуже позитивно, знижує реакцію на обстеження. Спілкування повинно відбуватися мовою, якою розмовляють батьки.

При проведенні огляду варто використовувати жартильке ставлення до дитини, вводити елементи гри. Звичайно, всі маніпуляції, що супроводжуються неприємними відчуттями (огляд ротової порожнини, зівя, прямої кишки), слід проводити в кінці огляду. При будь-якому захворюванні дитина повинна оглядатися ретельно і повністю. Це сприяє кращій діагностиці та допомагає уникати помилок.

Як правило, дитячі хірурги користуються щадними методами дослідження, в діагностиці використовуючи мініінвазивні технології, що дозволяє досягти косметичного ефекту та меншої травматичності.

Взаємодія лікаря і хворої дитини є головною складовою лікувально-діагностичного процесу. Це пояснюється специфікою діяльності лікаря, якому хворий з надією на добре здоров'я та життя розкриває свої бажання. Результат лікування залежить також від особистості лікаря, широти його поглядів та душевного стану. «Слід бути ясним у думці, чистим морально і охайним фізично.» (А.П. Чехов). Нерідко хворі страждають від браку сердечності, людяності та терпіння. «У лікарняній палаті, біля ліжка хворого лікарі майже рівні богам. Але над ними є вищий суд — їхня совість», — писав А. Моруа.

Складність спілкування з хворими дітьми обумовлюється тим, що їхня психіка травмована хворобою. Однак реакція лікаря на грубість дитини та батьків, які теж травмовані хворобою дитини, не повинна нагадувати «бумеранг».

Таким чином, міміка, мова відіграють не останню роль у спілкуванні з дітьми. Дитяча хірургія, за висловом видатного хірурга С.Я. Долецького, – «це сплав і науки, і ремесла, і мистецтва, де фахівець, діючи як хірург, думає як педіатр і практично математично розраховує різноманітні фактори і повинен проаналізувати їх як представник точних наук».

Коли дитина потрапляє до лікарні, нею володіє страх – страх залишитися без мами, страх болю. Дитячі хірурги, через специфіку своєї роботи, залежно від особистості поводяться, як діти. Іноді треба виконувати роль клоуна, щоб примусити маленьку дитину стрибнути із стільчика і вловити симптом подразнення очеревини при гострому апендициті чи гостре запалення кісток при гострому остеомієліті, а іноді перетворитися в «дядю-казкаря», коли хірург моделює біль у животі на ведмедика і поступово переносить обстеження на хвору дитину.

Госпіталізація дитини в клініку має декілька стадій. При першому огляді хірурга відбувається зустріч з лікарем. Спочатку настає стадія відриву від мами. Дитина грається з медичною сестрою, може байдуже зустрічати маму, батька, не плаче. Через деякий час у дитини настає стадія депресії, з'являється страх, плач, упертість при одяганні, порушення сну. Протягом однієї години настає стадія безвиході – періодично дитина плаче, просить маму, залишається на деякий час з медсестрою. Потім дитина замикається у собі, тримається мами, але не реагує на поведінку медперсоналу, не плаче – стадія адаптації.

З моєї точки зору, дитина такого віку повинна обов'язково бути госпіталізована з мамою. У переривах можна довірити її медсестрі.

Іноді перебіг соматичних захворювань збігається з діагнозом, який виставили самі батьки, і вони позитивно оцінюють стан своєї дитини. Інша справа, коли батьки не готові до сприйняття гострого хірургічного захворювання, з яким дитина госпіталізується в стаціонар. У таких випадках лікарям важко, тому що налякані хворобою дитини батьки перетворюються не на помічників, а часто – на неадекватних людей, які необ'єктивно оцінюють стан своєї дитини і не сприяють процесу її оздоровлення.

Основним завданням медперсоналу є заспокоїти дитину, переконати її в тому, що вона знаходиться в «маленькій добрій лікарні». Переконати можна в тому випадку, коли у словах лікаря немає фальші, що тут дійсно добрі і терпеливі до дітей люди. Зіграти добро-

Етика та деонтологія

ту в даній ситуації неможливо, діти інтуїтивно і безпомилково відчують гру, відрізняють «сюсюкання» від щирого ставлення.

Особливе значення має манера спілкування лікаря з дітьми, що є одним із важливих правил поведінки. Це не шаблонне звертання до дитини, яка госпіталізується в лікарню: «пупсик», «ластівочка», «зайчик» замість «хлопчик», «дівчинка». Винятково важливо називати дитину по імені. Під час спілкування з дитиною у стаціонарі лікар не повинен користуватися «інструкціями», а відповідати дитині на всі запитання, що її хвилюють.

Хворого ніколи не треба обманювати. Обдурений одного разу не буде вірити вам. Якщо ви взяли дитину у маніпуляційний кабінет і пообіцяли показати мультфільм, а замість цього проводите пункцію, то на її повагу і довіру не розраховуйте. Краще при болісних процедурах підготувати дитину, сказати, що буде не боляче, або сказати, що якщо буде боляче – не біда. Зрозуміло, що правда для дітей – це не та правда, що для дорослого. Скажіть, що в операційній будете гріти живіт великою лампою, і в цей час він буде дихати повітрям з ліками через маску, як це роблять космонавти при польотах на великій висоті. Для дитини це буде повна правда, бо саме це вона буде бачити і відчувати в операційній під наркозом.

Зрозуміло, що підхід до дітей різний. До дітей грудного, дошкільного, шкільного, раннього і зрілого підліткового та юнацького віку. Перш за все необхідно встановити вік та зрілість дитини, бо від цього залежить діяльність лікаря.

Діти по-різному ставляться до перебування в клініці. У дітей до шести років зустрічається відчуття страху. Часто діти, яких батьки лякають лікарем, процедурами («Не будеш слухатися – відвезу у лікарню!», або «зробимо ін'єкцію»), у приймальному відділенні при огляді лікаря сприймають захворювання як покарання за провину. За моїми спостереженнями, діти, яких батьки лякали ін'єкціями в сідницю, віддають перевагу ін'єкціям в ручку, тому що ін'єкція в сідницю є для них покаранням.

Значно чутливіші діти до «соромітних процедур» (дослідження через пряму кишку, клізми, вимірювання температури, катетеризація сечового міхура тощо), які обов'язково повинні проводитися тільки лікарем, без присутності інших дітей. У дітей також є відчуття гідності.

Діти раннього віку бувають різними залежно від характеру, за їх поведінкою можна дати оцінку клімату в сім'ї. Ми в роботі їх розділяємо на:

1. Діти вихованих батьків:

– хлопчики, ми їх називаємо «свій парень», допитливі, контактні, цікавляться усім, отримують задоволення від огляду, приймають іграшки, присутня гідність;

– «дівчинка-перлинка» бере участь в огляді, вступає в контакт, реагує на похвалу. Якщо похвалити її платтячко, шапочку чи бантик, змінюється її настрій та ставлення до лікаря.

2. Діти, що мають мовний бар'єр (не знають ні української, ні російської), розмовляють тільки на мові меншин. Для того, щоб полегшити роботу хірурга, у лікарні доцільно використовувати розмовник, який допоможе подолати мовний бар'єр.

3. Діти:

– які побували в лікувальних установах (амбулаторії, лабораторії), де зустрілися з людьми в білих халатах, що справили на них негативне враження своєю неправильною поведінкою, як правило, на все реагують плачем, повний негативізм при огляді,

– які побували в стаціонарах, амбулаторіях, зустріли добрих людей, яких називають «лікарі-айболіти». Вони люблять людей у білих халатах, іквалляться своїм захворюванням та лікуванням.

4. Діти жорстокі, стримані, неохоче піддаються огляду, реагують на обстеження, не відповідають на запитання. Як правило, це діти з хронічними захворюваннями, які побували в стаціонарі, яким проводили важкі лікувальні заходи. Вони дуже «богомольні», негативно впливають на присутніх дітей, лякають їх операціями тощо.

5. Діти з художніми здібностями, усім цікавляться, реагують на іграшки, кольори, самі задають запитання: «Де і що болить в іграшки?». Люблять музику, достатньо увімкнути їм музику, і вони зустрічають лікаря, як свого давнього знайомого.

6. Дітки-гурмани, яким подобається їжа, які завжди просять їсти та особливо реагують на домашнє харчування (хотів би поїсти смачненького, наприклад полтавську галушку, борщ тощо).

7. Діти лікарів на медичних оглядах мають більше патологій, ніж всі інші. Лікарі при поєднаних ознаках гострої патології часто переоцінюють свої знання з дитячої хірургії та самостійно розпочинають лікування дитини і помиляються з діагнозом.

Відносини між лікарями різних спеціальностей, які беруть участь у наданні медичної допомоги дітям з хірургічними патологіями, впливають на процес діагностики, лікування, реабілітації. На сучасному етапі в період реформування охорони здоров'я та впровадження економічного компоненту між лікарем та пацієнтом доцільне збереження основ етики та деонтології, які були закладені нашими вчителями. Як може навчитись хірургії молодий фахівець, коли в нього немає ні навиків спілкування, ні досвіду роботи, коли з різних причин його не допускають до роботи в операційній, враховуючи нечесну конкуренцію. Завідувач відділення може роз'яснити пацієнту та його родичам, що цю операцію і цьому хворому

тільки він виконає на сучасному рівні, і вони йому повірять. А молодий хірург, маючи достатньо навиків, щоб виконати таку операцію, залишається осторонь – незадоволеним. В собі він концентрує ненависть до свого колеги, що рано чи пізно визріє у конфлікт. Це спричиняє нервовість у колективі та у ставленні до пацієнтів. Інший приклад: зафіксовано післяопераційне ускладнення. Після повторного оперативного втручання виникає проблема, як пояснити батькам хворої дитини, у зв'язку з чим це ускладнення виникло, чи пов'язане воно з неякісним виконанням операції хірургом, чи з особливістю перебігу післяопераційного періоду даного захворювання. Колеги, які мають зіпсовані стосунки, обов'язково скажуть, що це винуватий «недолуга»-хірург, інші ж зацентрують увагу родичів на особливостях хірургічної патології. Визначити червону лінію в цій (та подібних) ситуаціях лежить на совісті дитячих хірургів і залежить від їхнього досвіду та кваліфікації. Потребують окремого ставлення лікарі-хірурги дитячі, які, переоцінивши свої можливості, з різних причин, беруться за виконання оперативних втручань, методиками яких вони не володіють, без своєї досвідчених колег. Як ставитися до таких колег? Думаю, доцільно керівнику з такими фахівцями проводити відповідну роботу та навчання, не допускаючи таких лікарів до беззахисних пацієнтів. Існує необхідність також сказати про ставлення відносно молодих, але досвідчених хірургів-практиків, до старшого покоління, відносини між лікарями-практиками та представниками академічних вузів, які мають наукові звання та ступені, володіють методиками оперативних втручань, але не працюють у даній лікарні. Існування нечесної конкуренції призводить до негативних наслідків, що впливають на процес одужання кожного окремого пацієнта та психологічний спокій у сім'ї хворої дитини.

Питання прихильності фахівця до тієї чи іншої фірми-виробника медичного обладнання та медикаментів обговорюється серед дитячих хірургів. Добре, коли це є чесна конкуренція, яка позитивно вплине на процес лікування та оздоровлення. Водночас немає впевненості, що буде саме так, а не інакше. Рішення залишається за лікарем, у якого має бути совість, обізнаність та професіоналізм.

На завершення хотів би сказати про існування в Україні різних шкіл дитячих хірургів у різні роки за різними напрямками дитячої хірургії та необхідність тісної співпраці, чесною конкуренції та колегіальності. Так, в Україні сформувалося декілька шкіл: Львівська, Київ-

ська, Харківська, Донецька, Вінницька та інші, які мають свою історію, наукові розробки та досягнення. У зв'язку з розвитком науково-технічного прогресу та, напевне, із «новою модою» розвиток дитячої хірургії пов'язують із мініінвазивними ендоскопічними втручаннями. Молодь прагне за кордон, у різні клініки. А першість у світі належить дитячим хірургам України. М.Л. Куц та А.Д. Тимченко у 1969 р. опублікували в журналі «Вестник хирургии им. И.И. Грекова» роботу про досвід лікування та діагностики 106 дітей з абдомінальною патологією із використанням лапароскопії. Подібна стаття американських хірургів L.Gans та G. Versi була надрукована лише у 1973 році. Харківська, Вінницька, Буковинська школи спеціалізувалися на гнійно-септичних захворюваннях, антибіотикотерапії, Львівська школа – на серцево-легеневій патології, вроджених вадах у новонароджених, останніми роками – на розвитку ендоскопічної хірургії. Київська школа (М.Б. Сітковський, А.Р. Шурінок, Д.Ю. Кривченя, О.А. Данилов) концентрує ідеї та практики, на її базі підготовлене не одне покоління дитячих хірургів. Перебуваючи школи дитячих хірургів України, не прагнути образити тих, що не були названі, хочу акцентувати увагу на проблемі зміни поколінь, підходів до процесів діагностики та лікування, підготовки фахівців, яка може у майбутньому залишити Україну без молодого поповнення, яке, навчене та підготовлене нами, буде працювати в інших країнах. А ми вкотре залишимось ні з чим...

Література

1. Алексеенко АП, Карпенко КІ, Гончаренко ЛО, Дейнека ВВ. (2015). Навчальний посібник з курсу «Професійна етика вищої освіти» для осіб, що навчаються в магістратурі за спеціальністю «Педагогіка вищої школи». Харків: ХНМУ.
2. Кривченя Д. (2015). Ревеляції: науково-популярне видання. Київ: Медицина.
3. Русак ПС, Данилов ОА, Кукуруза ЮП, Рибальченко ВФ. (2006). Лапароскопічна хірургія дитячого віку: навчально-методичний посібник. Житомир – Київ: НМАПО імені П.Л. Шупика, ВНМУ ім. М.І. Пирогова.
4. Сушко ВИ (ред.), Кривченя ДЮ (ред.), Дегтярь ВА і др. (2015). Хирургия детского возраста: учебник (ВУЗ IV ур. аккр.). Киев: Медицина.
5. Толстанов ОК, Вороненко ЮВ, Рибальченко ВФ, Левицький АФ, Переяслав АА, Русак ПС. (2012). Історія хірургії дитячого віку України. Навчальний посібник. Тернопіль: ТДМУ, Укрмедкнига.
6. Толстанов ОК, Рибальченко ВФ, Русак ПС. (редактори) (2016). Навчальний посібник з теоретичної підготовки та набуття практичних навичок з маніпуляцій і оперативних втручань для лікарів інтернів за фахом «Дитяча хірургія». В 2-х т. Житомир: Полісся.

Відомості про автора:

Боднар Борис Миколайович – д.мед.н., проф. каф. дитячої хірургії та отоларингології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Адреса: м. Чернівці, Театральна пл., 2.

Стаття надійшла до редакції 11.10.2017 р.