

# Современные этические проблемы педиатрии

В.Ю.Альбицкий<sup>1</sup>, С.Я.Волгина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;

<sup>2</sup>Казанский государственный медицинский университет

## Current ethical problems in pediatrics

V.Yu.Al'bitzkiy<sup>1</sup>, S.Ya.Volgina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences;

<sup>2</sup>Kazan State Medical University

**В** сложные социально-экономические периоды выживает и успешно развивается то общество, которое способно следовать определенным этическим принципам и сохранять высокий интеллектуальный потенциал нации. В частности, без четкого представления этических особенностей системы охраны здоровья матери и ребенка нельзя гарантировать безопасность пациентов при получении ими медицинской помощи.

Любая проблема медицинской этики рассматривается, исходя из ее основополагающих принципов:

- автономии;
- информирования пациента о состоянии его здоровья и получения добровольного согласия на любое медицинское вмешательство;
- конфиденциальности;
- безопасности для больного;
- уважения достоинства и ценности жизни любого пациента;
- социальной справедливости.

Остановимся на некоторых аспектах, имеющих большое значение для педиатров, так как для квалифицированного оказания детям медицинской помощи крайне важно иметь не только глубокие теоретические знания, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию больного ребенка и его родителей, четко представлять существующие в этой области этические проблемы.

Клиническая практика показывает, что проблемы и вопросы, возникающие при оказании помощи детям, имеют весьма острый и не только сугубо медицинский, но и этический характер и присутствуют на всех уровнях системы «врач – родители – больной ребенок».

Возможно, что в настоящее время сегодня ведущим, основополагающим этическим моментом, с которым сталкиваются педиатры различных специальностей, становится осве-

домление родителей (или других членов семьи) больного ребенка о сложившейся ситуации для получения информированного согласия на лечение, особенно до его начала. Родители или опекуны, имеющие соответствующие моральные и юридические права, могут и должны участвовать в решении вопросов организации и осуществления как диагностических, так и лечебных мероприятий. Исключение составляют особые случаи, когда нельзя своевременно сообщить родителям о предстоящем вмешательстве в связи с невозможностью контакта с ними в данный момент либо ввиду внезапного ухудшения состояния здоровья ребенка, которое требует неотложной помощи (ст. 31 Основ законодательства).

Умение врача успокоить и ободрить родителей, настроить их на активную помощь, подробно рассказать о методах диагностики, организации медицинской помощи ребенку, развитии возможных осложнений стало обязательным этическим требованием.

Порой родители рассматривают ребенка как свою собственность. Стремясь защитить его от возможных ошибочных агрессивных медицинских процедур, они выдвигают собственные, далеко не всегда правомерные и адекватные требования. И наоборот, нередко вследствие резкого снижения материнского или отцовского чувства (инстинкта), при низком уровне интеллектуального развития и социального положения, а также при наличии патологии (психического заболевания, алкоголизма, наркомании) родители проявляют абсолютное безразличие к судьбе собственного ребенка, нанося своим безучастием вред его здоровью. И в первом, и во втором случаях тактично, но настойчиво, используя весь свой авторитет и завоеванное доверие, предупреждая о последствиях, вызываемых неотложным состоянием, врач обязан убедить родителей в необходимости проведения медицинских манипуляций.

Очень часто родители больного ребенка находятся в стрессовом состоянии. Поэтому сообщение о развитии тяжелого осложнения, возможном неблагоприятном исходе заболевания должно быть крайне осторожным, даже поэтапным. Более подробная информация представляется по прошествии некоторого времени, когда родители будут способны воспринять ее более спокойно.

### Для корреспонденции:

Альбицкий Валерий Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель информационно-аналитического отдела Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр. 2/62

Телефон: (095) 967-1419

Статья поступила 09.10.2003 г., принята к печати 24.03.2004 г.

При организации и оказании медицинской помощи детям можно выделить следующие этико-правовые проблемы:

- патерналистский (paternus – отцовский) принцип действия врача, который всю ответственность за лечение и исход заболевания ребенка берет на себя и, обязуясь действовать во благо пациента, сам же и определяет, в чем это благо заключается;
- ограничение во времени контакта врача и родителей при возникновении неотложных состояний;
- отказ родителей от диагностики или лечения по религиозным или этическим соображениям, из-за недостаточной информированности и др.;
- негативное влияние некомпетентных советчиков (например, родителей других детей), недостоверности (неточности) и медицинской необоснованности сведений, публикуемых в средствах массовой информации, использования парамедицины (экстрасенсы, знахари, народные целители) на решения, принимаемые родителями больного ребенка;
- отсутствие воздействия общественных организаций (ассоциации вылеченных больных, информирующих родителей о течении и исходе того или иного неотложного состояния, особенно обусловленного устранимыми пороками развития), больничных и региональных этико-правовых комитетов.

При отказе родителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни лица, не достигшего 15-летнего возраста, медицинские организации имеют право обратиться в орган опеки, попечительства или суд (ст. 33 Основ законодательства). Как правило, в этом случае врачи продолжают лечение, если оно показано ребенку по жизненным показаниям. Однако этот вопрос до конца не урегулирован и остается серьезной этико-правовой дилеммой, требующей срочного разрешения. Вероятно, именно здесь понадобится влияние и помощь больничных и региональных этических комитетов, имеющих мощный юридический статус.

Для оценки психического состояния больного следует знать его представления о смерти, особенно при жизнеугрожающих ситуациях. Различие таких представлений зависит от познавательного уровня ребенка, психосоциального развития, пережитого опыта. Одна и та же патология детьми разного возраста переносится неодинаково. Чем старше ребенок, тем осознаннее и трагичнее ощущает он свое состояние и тем серьезнее для него психологическая травма. Поэтому крайне важно предотвратить развитие психогенной или информационной ятрогении, которая может возникнуть вследствие непродуманной беседы врача, сообщения им без предварительной подготовки угрожающего жизни диагноза, непонятной медицинской информации или его излишней молчаливости.

Нельзя забывать о влиянии ятрогении, связанной с действием и бездействием врача. Причинами возникновения первой являются врачебные ошибки, допущенные на этапе диагностики, при оперативном вмешательстве, обусловленные некорректным лечением, неправильным использо-

ванием медицинской техники. Причины врачебных ошибок могут объясняться и некоторыми личностными особенностями врача.

О ятрогении, связанной с бездействием, говорят тогда, когда наблюдается ухудшение состояния больного из-за того, что квалифицированная (специализированная) медицинская помощь не оказывается вовремя. Если вызванный к больному врач по недостатку своих знаний, опыта или некомпетентности не может оказать ее лично, то он должен вызвать соответствующего специалиста (если это возможно) и передать больного «из рук в руки».

Внезапная смерть ребенка и смерть, наступившая после продолжительного периода угасания, расцениваются родителями по-разному. Первая, как правило, является для них тяжелым ударом, а вторая воспринимается порой как облегчение. Нередко оценка происходящего родителями бывает глубоко ошибочной и потому ущербной для ребенка. От подобной ошибки могут их избавить только высококвалифицированные специалисты. От врачей требуется большая деликатность, сочувствие и умение объяснить причину смерти, убедить родителей, что печальный исход связан с объективными причинами, а не вызван неверными действиями врача или их самих.

В заключение необходимо напомнить, что не следует забывать о существовании врачебной тайны (право больного на конфиденциальность). Как подчеркнуто в законе, к ней относится «информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении» (ст. 61 Основ законодательства). Исходя из традиционного понимания медицинской тайны, сохранять ее надо от всех посторонних.

Итак, с одной стороны, медицинский работник обязан хранить врачебную тайну, с другой – он может и должен нарушить ее, если общественные интересы преобладают над личными. Известна история разглашения медицинской тайны английскими врачами в связи с жестоким обращением родителей с детьми.

Крайне важным, на наш взгляд, является создание медицинских этических комитетов при органах здравоохранения или больницах, куда наряду с врачами, с правом решающего голоса, входят юристы, представители общественности, священники, для обсуждения основных деонтологических принципов. Только коллегиальный анализ многочисленных проблем позволяет найти и принять наиболее рациональные решения спорных дилемм этико-правового порядка.

## Литература

1. Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Нежметдинова Ф.Т. Медицинская биоэтика как наука и предмет преподавания. Казанский медицинский журнал 1998; (2): 81–6.
2. Вельтишев Б.Е. Этика, медицинская деонтология и биоэтика в педиатрии. М., 1994; 71.
3. Деонтология в педиатрии. Под ред. С.Д.Носова. Л.: Медицина. 1977; 166.
4. Долецкий С.Я. Критические ситуации в здоровье и воспитании детей. М.: Медицина, 1986; 36.

## Роль питания в формировании вкусовых привычек у детей

**К**аждый человек обладает своими, присущими только ему, вкусовыми привычками. Они закладываются в самом раннем возрасте. Поэтому задача педиатра построить питание ребенка таким образом, чтобы вкусовые качества продуктов и блюд, предлагаемых и последовательно вводимых в рацион малыша, соответствовали их пищевой ценности.

Как говорил известный отечественный ученый А.А.Покровский: «Вкус у детей можно воспитывать так, чтобы он соответствовал полезности продуктов» (1986 г.).

Руководствуясь этим принципом, можно закреплять правильную вкусовую ориентацию в будущем на полезную пищу, что во многом обеспечит хорошее состояние здоровья и будет способствовать профилактике таких заболеваний, как анемия, аллергия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, ожирение, ишемическая болезнь сердца и др.

Вкус – это способность воспринимать и оценивать особенности пищи. Как известно, различают 4 основных вида вкуса: горький, соленый, кислый, сладкий.

Сладкий вкус обеспечивается сахарами, являющимися основными поставщиками энергии, соленый зависит от содержания поваренной соли, кислый обусловлен наличием органических кислот, повышающих выработку пищеварительных соков, горький – наличием горечей в растительных продуктах.

Ощущение вкуса возможно благодаря вкусовым сосочкам (луковицам), расположенным на слизистой оболочке языка. Особенно много их на кончике языка, его боковых поверхностях и задней части. Каждая из этих зон воспринимает свой вкус. Луковицы, воспринимающие сладкий вкус, сосредоточены на кончике языка, горький – у его основания, соленый – по краям, кислый – по всей поверхности. Кроме того, немного вкусовых рецепторов расположено на задней стенке глотки, на небе, над гортанью.

Химические вещества пищи, соединяясь с рецепторами вкусовых сосочков, вызывают специфический импульс, который по нервным волокнам попадает в головной мозг, где и происходит дифференциация вкусовых ощущений.

Единственным врожденным предпочтением у людей является сладкий вкус. Остальные вкусовые ощущения формируются постепенно.

В формировании вкусовых ощущений имеет значение запах пищи, ее консистенция, структура, состав, внешний вид блюд.

Консистенция пищи может быть жидкой, полужидкой, густой и твердой. По мере роста ребенка консистенция приготовляемых блюд меняется – от жидкой до густой и твердой.

Структура пищи также зависит от возраста ребенка. Рекомендуется следующее поэтапное введение продуктов: гомогенизированных – с 3–6 мес, пюреобразных (мелкоизмельченных) – с 6–9 мес и крупноизмельченных – с 9 мес и старше.

По своему составу продукты могут быть монокомпонентными – из одного вида фруктов, ягод, овощей, поликомпонентными – из сочетаний двух, трех и более видов плодов и комбинированными – из сочетания фруктов с молочными продуктами (йогуртом, творогом, сливками), овощами и с зерновыми, овощей с зерновыми, мясом, рыбой и др.

Внешний вид блюд также меняется по мере роста ребенка. При этом необходимо заботиться о красивом их оформлении.

Сначала блюда ребенку даются в виде пюре из смеси различных продуктов (фруктов, овощей, мяса, круп и др.). Позднее предлагаемые блюда уже меняют свой внешний вид: мясо (тефтели, котлеты) и гарнир даются отдельно, украшаются мелко нарезанной зеленью.

В младшем возрасте особую роль в формировании вкуса имеет прикорм, когда постепенно, на протяжении всего первого года жизни, в рацион питания ребенка вводятся различные новые правильно подобранные продукты и блюда, имеющие свои вкусовые особенности, структуру, консистенцию, запах.

Цель назначения прикорма: удовлетворение возрастных потребностей ребенка в основных нутриентах и энергии; активизация пищеварительной системы, обеспечение высокой степени переваривания и всасывания пищевых веществ; развитие пищеварительного аппарата; стимуляция моторной функции кишечника; формирование вкусовых привычек.

Первым видом прикорма являются соки, содержащие различные сахара (глюкоза, фруктоза, сахароза), а также органические кислоты (яблочная, лимонная), способствующие оптимизации функции пищеварения.

В настоящее время промышленность производит соки без сахара и с добавлением сахара, который строго регламентируется в продукте во избежание его избыточного поступления.

Пищевая ценность соков определяется наличием природных сахаров, которые быстро всасываются и окисляются, являясь легкоусваиваемыми источниками энергии.

Сахара необходимы человеку и выполняют в его организме следующие функции:

- пластическую;
- энергообеспечения;
- поддержания постоянного уровня глюкозы в крови;



# Низкоаллергенные каши "Хайнц" - первые кашки для Вашего малыша

## Не содержат

- ✗ Молока
- ✗ Сахара
- ✗ Глютена

## Обогащены

- ✓ Витаминами А, С, РР, группы В
- ✓ Минералами - кальцием, железом, цинком, йодом

## Содержат

- ✓ Калий, магний, фосфор
- ✓ Пантотеновую и линолевою кислоты, холин, биотин



# Сказочное питание - сказочное детство!

ТОВАР СЕРТИФИЦИРОВАН

Таблица 1. Рекомендуемое суточное количество углеводов, в том числе сахара, для детей различных возрастных групп

Возраст детей	Углеводы, г	Сахар, г	Сахар, к количеству углеводов (%)
До 1 года	130	30	23
От 1 года до 3 лет	212	45	21
От 4 до 6 лет	272	70	25
От 7 до 10 лет	355	75	21
От 11 до 13 лет (мальчики)	390	80	20
От 11 до 13 лет (девочки)	335	80	23

- питания мышечной ткани;
- обеспечения деятельности центральной нервной системы;
- формирования вкуса;
- участия в иммунных и защитных функциях организма.

Поэтому растущий организм ребенка нуждается в достаточном поступлении сахаров.

Однако известно, что избыток сахара оказывает отрицательное действие на организм человека, которое заключается в чрезмерном поступлении энергии, отложении жировой ткани (ожирение), повышенной нагрузке на инсулярный аппарат поджелудочной железы (возможность развития сахарного диабета), ограничении или лишении организма других важных продуктов, развитии кариеса и катаракты.

В связи с этим следует придерживаться рекомендуемых суточных количеств углеводов, в том числе сахара, для детей различных возрастных групп (табл. 1).

Необходимо отметить, что фруктовые, ягодные и овощные соки детям первого года жизни лучше давать без добавления сахара во избежание избыточного его поступления в организм ребенка. Выбирая соки для детского питания промышленного производства, следует обращать внимание на содержание в них сахара. Так, в соках без добавления сахара содержание углеводов составляет 10–14 г в 100 мл, в то время как в соках с добавлением сахара их количество в 100 мл доходит до 18–20 г.

Вторым видом прикорма ребенка являются фруктовые пюре. Третий вид прикорма – овощные пюре, с которыми ребенок получает важные для него углеводы, растительные белки, витамины, минеральные вещества, клетчатку и др., а также определенное количество поваренной соли – основного источника натрия.

**Натрий в организме человека выполняет следующие функции:**

- поддерживает на необходимом уровне осмотическое давление крови и внеклеточной жидкости;
- регулирует осмотическое равновесие и постоянный объем жидкости в организме;

Таблица 2. Примерное суточное содержание поваренной соли в рационах детей различных возрастных групп

Возраст детей	Суточное количество соли, г
От 1 года до 3 лет	4
От 4 до 6 лет	5
От 7 до 10 лет	8
От 11 до 13 лет	10

- участвует в образовании соляной кислоты, необходимой для нормального течения процессов пищеварения.

Избыточное количество соли повышает гидрофильность тканей, что приводит к развитию отеков; способствует избыточному образованию в организме оксалатов и их повышенной экскреции с мочой; отрицательно влияет на механизм регуляции артериального давления.

Поэтому в специализированных продуктах детского питания и в рационах питания детей, особенно раннего возраста, соль лимитируется.

Примерное суточное количество поваренной соли в рационах детей различных возрастных групп представлено в табл. 2.

Для детей первого года жизни, как уже говорилось, пищу следует готовить без добавления соли. Говоря о детском питании промышленного производства, следует отметить, что добросовестные производители готовят его без соли. Это особенно касается продуктов питания для детей 4–6 мес. Так, детские каши и инстантные обеды и завтраки «Хайнц» производства России и Великобритании, детское питание «Хайнц» в жестяных баночках (производства Великобритании) выпускаются без добавления соли.

Отечественная промышленность в настоящее время также выпускает большинство продуктов детского питания без использования соли.

Вместе с тем для улучшения вкусовых качеств и формирования вкусовых привычек у детей в продуктах детского питания промышленного производства можно использовать некоторые вкусовые добавки: укроп, петрушку, сельдерей, пастернак, лавровый лист, лук, лук-порей, луковые и чесночные порошки, молотый тмин.

Таким образом, организуя правильное питание ребенка на протяжении первого года жизни, приучая его к различным видам прикорма, мы участвуем в очень важном процессе – формировании правильных вкусовых привычек с целью ориентации ребенка, а потом и взрослого человека на употребление полезных продуктов.

*профессор К.С.Ладодо,  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*