

- вязанность к матери / З.В. Луковцева // Проблемы младенчества: нейропсихолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений: материалы науч.-практ. конф. / Институт коррекционной педагогики РАО. — М.: Полиграф сервис, 1999. — С.23—24.
13. *Лурия, А.Р.* Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия. — М.: Медицина, 1969. — 160 с.
 14. *Мухамедрахимов, Р.Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2003. — 288 с.
 15. *Пятница, Т.В.* Логопедия в таблицах, схемах, цифрах / Т.В. Пятница. — Ростов н/Д.: Феникс, 2009. — 173 с.
 16. *Цветкова, Л.С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность: учеб. пособие / Л.С. Цветкова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Изд-во МПСИ, 2004. — 424 с.
 17. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. — СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2008. — 312 с.
 18. *Яцык, Г.В.* Особенности нервно-психического развития незрелых недоношенных детей / Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардинова, Е.И. Токовая // Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных: материалы симп. — М., 2000. — 119 с.
 19. *Яцык, Г.В.* Выхаживание и ранняя реабилитация детей / Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардинова, О.В. Тресорукова // Лечащий врач. — 2007. — № 7 — С.45—49.
 20. *Ainsworth, S.* Patterns of attachment^a a psychological study of the strange situation / S. Ainsworth, M.C. Blehar, E. Waters, S. Wall // NG: Hillsdale. — 1978. — 243 с.
 21. Sprache, Kommunikation und soziale Entwicklung. — Frühe Diagnostik und Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta, 2012. — 260 p.
 22. *Watt, J.* Interaction and development in the first year: The effects of prematurity / J. Watt // Early Hum. Devel. — 1986. — Vol. 13(2). — P.195—210.

REFERENCES

1. *Badalyan, L.O.* Nevropatologiya / L.O. Badalyan. — М.: Akademiya, 2000. — 382 s.
2. *Battervort, Dzh.* Principy psixologii razvitiya / Dzh. Battervort, M. Harris; per. s angl. — М.: Kogito-centr, 2000. — 350 s.
3. *Bernadskaya, M.E.* Osobennosti rannego psixicheskogo razvitiya nedonoshennyh detei, imeyuschih kriticheski nizkuyu massu tela pri rozhdenii i perinatal'noe porazhenie CNS / M.E. Bernadskaya, L.V. Gracheva, M.I. Frolova // Al'manah Instituta korrekcionnoi pedagogiki RAO. — 2000. — Vyp. 2. — URL: <http://almanah.ikprao.ru>
4. *Bor'eson, B.* Rannie otnosheniya i razvitie rebenka / B. Bor'eson, S. Britten, S.V. Dovbnya [i dr.]. — SPb.: Piter, 2009. — 160 s.
5. *Boulbi, Dzh.* Privyazannost' / Dzh. Boulbi. — М.: Gardarka, 2003. — 477 s.
6. *Boulbi, Dzh.* Sozdanie i razrushenie emocional'nyh svyazei / Dzh. Boulbi. — М.: Akademicheskii proekt, 2004. — 232 s.
7. *Vinnikott, D.V.* Malen'kie deti i ih materi / D.V. Vinnikott; per. s angl. N.M. Padalko. — М.: Klass, 1998. — 80 s.
8. *Volodin, N.N.* Osobennosti rechevogo razvitiya v rannem vozraste u detei s posledstviyami perinatal'noi patologii nervnoi sistemy. Rannaya diagnostika rechevyh narushenii i ih korrekciya: metod. rekomendacii / N.N. Volodin, V.M. Shklovskii, N.N. Zavadenko [i dr.]. — М., 2005. — 37 s.
9. *Voroshihina, O.R.* Psihologicheskaya korrekciya deprivirovannogo materinstva: avtoref. ... kand psiol. nauk / O.R. Voroshihina. — М., 1998. — 15 s.
10. *Vygotskii, L.S.* Psihologiya razvitiya rebenka / L.S. Vygotskii. — М.: Izd-vo «Smysl»; Izd-vo «Eksmo», 2004. — 512 s.
11. *Lukovceva, Z.V.* Psihicheskoe razvitie nedonoshennogo mladenca / Z.V. Lukovceva, L.L. Baz // Voprosy psixologii. — 1999. — № 6. — S.29—35.
12. *Lukovceva, Z.V.* Specifika emocional'no-kommunikativnogo razvitiya nedonoshennogo mladenca i ego privyazannost' k materi / Z.V. Lukovceva // Problemy mladenchestva: neuro-psihologo-pedagogicheskaya ocenka razvitiya i rannaya korrekciya otklonenii: materialy nauch.-prakt. konf. / Institut korrekcionnoi pedagogiki RAO. — М.: Poligraf servis, 1999. — S.23—24.
13. *Luriya, A.R.* Vysshie korkovye funkcii cheloveka / A.R. Luriya. — М.: Medicina, 1969. — 160 s.
14. *Muhamedrahimov, R.Zh.* Mat' i mladenec: psixologicheskoe vzaimodeistvie / R.Zh. Muhamedrahimov. — SPb.: Izd-vo SPbGU, 2003. — 288 s.
15. *Pyatnica, T.V.* Logopediya v tablicah, shemah, cifrah / T.V. Pyatnica. — Rostov n/D.: Feniks, 2009. — 173 s.
16. *Cvetkova, L.S.* Neiropsihologicheskaya reabilitaciya bol'nyh. Rech' i intellektual'naya deyatel'nost': ucheb. posobie / L.S. Cvetkova. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Изд-во МПСИ, 2004. — 424 с.
17. Emocii i otnosheniya cheloveka na rannih etapah razvitiya / pod red. R.Zh. Muhamedrahimova. — SPb.: Izd-vo SPb. un-ta, 2008. — 312 s.
18. *Yacyk, G.V.* Osobennosti nervno-psicheskogo razvitiya nezrelyh nedonoshennyh detei / G.V. Yacyk, E.P. Bombardirova, E.I. Tokovaya // Profilaktika i lechenie retinopatii nedonoshennyh: materialy simp. — М., 2000. — 119 s.
19. *Yacyk, G.V.* Vyhazhivanie i rannaya reabilitaciya detei / G.V. Yacyk, E.P. Bombardirova, O.V. Tresorukova // Lechaschii vrach. — 2007. — № 7 — S.45—49.
20. *Ainsworth, S.* Patterns of attachment^a a psychological study of the strange situation / S. Ainsworth, M.C. Blehar, E. Waters, S. Wall // NG: Hillsdale. — 1978. — 243 с.
21. Sprache, Kommunikation und soziale Entwicklung. — Frühe Diagnostik und Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta, 2012. — 260 p.
22. *Watt, J.* Interaction and development in the first year: The effects of prematurity / J. Watt // Early Hum. Devel. — 1986. — Vol. 13(2). — P.195—210.

© Н.Л. Рыбкина, А.И. Сафина, 2013

УДК 614.253

ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: РОЛЬ ПЕДИАТРА И НЕОНАТОЛОГА

НАДЕЖДА ЛЕОНИДОВНА РЫБКИНА, канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, тел. (843) 240-81-74, e-mail: kafped@mail.ru
АСИЯ ИЛЬДУСОВНА САФИНА, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, тел. 8-909-308-20-25, e-mail: safina_asia@mail.ru

Реферат. Статья посвящена проблеме взаимоотношений между родителями недоношенных детей и медицинским персоналом с позиции современных представлений об этике и деонтологии. Рассматриваются вопросы практической деонтологии, которые помогают медицинскому персоналу и родителям объединить усилия по лечению и выхаживанию недоношенных новорожденных.

Ключевые слова: этика, недоношенные дети, психологические аспекты, выхаживание.

ETHICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF COUNSELING FOR PARENTS OF PREMATURE INFANTS: THE ROLE OF PEDIATRICIANS AND NEONATOLOGISTS

N.L. RYBKINA, A.I. SAFINA

Abstract. Article is devoted to the relationship between the parents of premature infants and medical staff from the point of modern ideas about ethics and deontology. The author discusses the practical ethics that help medical staff and parents work together for the treatment and nursing of premature infants.

Key words: ethics, premature babies, psychological aspects, nursing.

Этика — это учение о моральных нормах и правилах, определяющих взаимоотношения людей в семье, обществе, быту и трудовой деятельности. Деонтология — раздел общей этики, изучающий специфические критерии долга и моральных требований при исполнении профессиональных обязанностей. Медицинская деонтология предъявляет особые требования к врачу-педиатру и неонатологу, потому что врачи этих специальностей работают не только с пациентами, но и с их родителями, с их восприятием состояния здоровья своего ребенка.

В мировой практике необходимость особой правовой защиты детей была обоснована Женевской декларацией (1924), Декларацией Генеральной Ассамблеи ООН (1959), Конвенцией ООН о правах ребенка (1989), Всемирной декларацией об обеспечении выхаживания, защиты и развития детей (1990). В нашей стране права ребенка законодательно закреплены в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993) [8, 13].

Вопросы этики и деонтологии всегда относились к важнейшим вопросам неонатологии. После перехода на критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ в 2012 г., неонатологии и педиатры начали выхаживать новорожденных детей, рожденных на сроке гестации 22 нед с массой тела при рождении 500 г. Помимо медицинских проблем при лечении новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, существует большое количество вопросов, связанных с общением с их родителями. Существуют и определенные этические и деонтологические проблемы, причем, как следует из мировой литературы, именно деонтологические нарушения приводят к тем отдаленным последствиям, которые сохраняются на протяжении, по крайней мере, раннего детства. **Что это за проблемы?**

• Увлечение различными модными средствами и методами лечения, рекламируемыми порой самими медиками, почерпнутыми из специальной, просветительской литературы и средств массовой информации, могут создавать затруднения при контакте врачей с родителями.

• Нарушение взаимоотношений в семье как между родителями, так и между родителями и ребенком. Причем ребенком, который требует больше внимания, заботы и терпения по сравнению со своими сверстниками, рожденными в срок [3, 7, 11].

Почему это происходит? Попробуем разобраться в корне проблемы. Родители возлагают на будущего ребенка много надежд. Способность дать жизнь здоровому малышу важна для формирования чувства собственного достоинства и самореализации женщины. Ребенок является подтверждением ее значимости как женщины и матери. Отцу крепкий и здоровый ребенок может казаться отражением собственного успеха. В

случае рождения недоношенного ребенка, особенно недоношенного с низкой и экстремально низкой массой тела, родители сталкиваются с большим количеством проблем со здоровьем ребенка. Вместо выписки домой ребенок переводится в отделение второго, а иногда и третьего этапа выхаживания, мать проводит в стационарах большое количество времени, отец чувствует свою непричастность к происходящему с ребенком, что приводит к нарушениям взаимоотношений в семье. У родителей могут складываться неверные представления о родившемся ребенке, возможностях его лечения и воспитания. Степень дезадаптации родителей зависит от их отношения к заболеванию, его тяжести, предполагаемых ими последствий и их ценностной ориентации [7, 8]. Как можно помочь родителям справиться с этой ситуацией? Только знание основ психологии и деонтологии может помочь неонатологам и педиатрам сохранить семью и, более того, помочь сплотиться и объединиться для оказания помощи ребенку в лечении и реабилитации.

Известно, что в случае преждевременных родов в первые две недели женщину больше беспокоит выживание ее недоношенного ребенка, а через две недели — на первый план выходит вопрос о состоянии здоровья ребенка и качества его дальнейшей жизни. Доказано, что общение даже с глубоко недоношенным ребенком должно начинаться сразу после рождения и оказания первичной реанимационной помощи. Даже для крайне тяжелого ребенка, которому проводится искусственная вентиляция легких, есть возможность на несколько секунд или минут показать его матери и осуществить контакт кожа к коже, именно с этого контакта, как показывают многочисленные исследования, и начинается родительская любовь и привязанность к ребенку. Если отец присутствует при рождении ребенка, он также должен иметь возможность прикоснуться к своему ребенку. Общение должно начинаться сразу после рождения. Как показали исследования, чувство любви и привязанности к ребенку начинается у половины родителей в первые несколько дней после родов. Поэтому родители должны находиться со своими детьми так часто, как позволяют проводимые медицинские манипуляции и распорядок дня отделения [1, 4, 7].

Однако, чтобы общение родителей и недоношенных новорожденных было эффективным, необходимо **психологическое консультирование родителей**. Зачастую эту роль выполняет не специально подготовленный психолог, а неонатолог или педиатр, отвечающий за выхаживание и лечение новорожденного. Поэтому хочется остановиться на **основных моментах общения врачей с родителями**.

Мы должны объяснить, что ребенок, даже глубоко недоношенный и имеющий серьезные нарушения в состоянии здоровья, нуждается в сопереживании и

сочувствии со стороны своих родных, которое выражается в передаче положительных эмоций. Родители, которые рыдают рядом с кувезом, где выхаживается их ребенок, могут нанести значимое ухудшение состояния его здоровья. Почему? Известно, что даже глубоко недоношенный ребенок слышит и дифференцирует голоса родителей и понимает их эмоции. В случае заболевания более старших членов семьи родственники обычно стараются утешить, помочь, поддержать заболевшего, и именно этого ждет и новорожденный ребенок от своих родителей. Все свои отрицательные эмоции родители должны оставлять за пределами палаты [5, 6, 7].

Очень важно помочь наладить контакт родителей с новорожденным. Как этого можно достичь? Неонатолог или педиатр должен разрешить прикоснуться к ребенку, объяснив и показав, как это нужно делать. Как доказали проведенные опросы, родителей очень беспокоит отсутствие реакции на прикосновения к недоношенному ребенку. При общении с родителями рекомендуется остановиться на этом вопросе более подробно. Неонатолог должен объяснить, что ребенок чувствует прикосновения и эмоции родителей, но в виду глубокой недоношенности не может реагировать на них, как более зрелые дети. С ростом ребенка все изменится, от родителей необходимы терпение и забота [8, 9].

Сегодня достаточно большую проблему составляют дети, которых не любили родители. Это достаточно холодные, малоэмоциональные люди, большинство из них интроверты, у которых имеются трудности в коммуникации. Причем родители, компенсируя чувство нелюбви и отторжения, поощряя любую прихоть своего ребенка, не признавались даже себе в чувстве нелюбви. Известно, что это чувство родом из раннего детства, и мы можем попытаться изменить эту непростую ситуацию.

Импринтинг является важной составной частью общения, и неонатологи, и педиатры должны помочь семье. В последние 15 лет многими западными неонатологами пропагандируется принцип «кенгуру» — способ выхаживания, обеспечивающий тесное общение между матерью и ребенком, при котором происходит контакт кожа к коже. Причем существуют доказательства более тесной взаимосвязи между родителями и детьми при применении в процессе выхаживания метода «кенгуру». На сегодняшний день метод «кенгуру» признан многими учеными как один из наиболее благоприятных методов сохранения тепла у недоношенного новорожденного, позволяющий обеспечить максимальный контакт между матерью и больным ребенком. Широкое внедрение этого принципа в практику выхаживания недоношенных новорожденных диктует создание новых и усовершенствование уже существующих источников тепла для создания оптимальной температурной среды. У неонатологов существуют опасения безопасности нахождения недоношенного ребенка на груди у родителей. Возникает закономерный вопрос: не испытывает ли недоношенный ребенок значительных потерь тепла в условиях пребывания на груди у матери? В 1997 г. в *Journal Pediatrics* было опубликовано исследование немецких ученых «Изменение температуры тела и потребление кислорода на фоне применения принципа «кенгуру» (кожа к коже) у стабильных недоношенных детей с массой тела менее 1 500 г». В ходе исследования недоношенные новорожденные извлекались из инкубаторов и помещались на груди у матерей. В те-

чение первой недели жизни в таких условиях обследовано 22 недоношенных ребенка, имевших адекватное самостоятельное дыхание. Исследователи непрерывно измеряли ректальную и периферическую температуру, а также потребление кислорода, используя непрямой калориметрический метод. Измерения производили в течение 1 ч нахождения ребенка в инкубаторе и затем в течение 1 ч на груди у матери. В результате оказалось, что на груди у матери средняя ректальная температура у недоношенного ребенка была в среднем на 0,2°C, а периферическая на 0,6°C достоверно выше, чем при нахождении в инкубаторе. В то же время не было найдено статистически значимых различий в потреблении кислорода ребенком в инкубаторе и на груди у матери. Был сделан вывод, что выкладывание недоношенных детей с массой тела менее 1 500 г в возрасте менее 1 нед из кувеза на грудь матери не приводит к холодному стрессу и принцип «кенгуру» может быть использован в процессе выхаживания новорожденных детей с очень низкой массой тела при условии, что их клиническое состояние стабильно, и они не нуждаются в проведении интенсивной терапии. По данным других исследований, метод «кенгуру» можно практиковать начиная с 30-й нед гестации и при весе более 1 100 г. Существенное влияние на неврологическое развитие ребенка и качество жизни в целом оказывают социальные факторы, среди которых наибольшее значение имеет психологическое состояние матери, вызванное рождением недоношенного ребенка и, как одно из следствий этого состояния, отказ родителей от воспитания ребенка. Улыбка, ласковое слово, поглаживание и ношение на руках крайне необходимы в общении с малышом. К сожалению, некоторые родители боятся избаловать ребенка, но до трех месяцев это невозможно (по мнению психологов, он еще многое не способен сохранить в памяти), но почувствовать и полюбить вас, сблизиться с вами он способен. Если вы берете ребенка на руки, качаете его, нежно прижимая к себе и ласково разговаривая, это не значит, что вы его балуете. Вы даете ему первые уроки доброты, любви к окружающим. Если младенец чувствует себя любимым, окружен вниманием, заботой и нежностью, то у него вырабатывается доверие к миру, к людям, к окружающим событиям. Создается фундамент человеческой души: положительное отношение к самому себе и окружающим, уверенность, умение правильно оценивать свои силы, инициативность. Такой малыш растет веселым, любознательным, приветливым. К другим людям он относится с симпатией и интересом, способен вступать в длительные, глубокие и теплые отношения с ними [12, 14].

Известно, что для родителей крайне важен **первый визит в палату интенсивной терапии**. От медицинского персонала зачастую зависит психологический настрой в семье. Чем мы можем и должны помочь родителям?

Во-первых, врачи должны понимать, что ни один родитель, даже в случае крайне неблагоприятного течения беременности, не готов психологически к рождению недоношенного ребенка с различными отклонениями в состоянии здоровья, поэтому находятяся в **состоянии шока**. Чем сопровождается это шокое состояние? Родители слушают объяснения врача по поводу состояния здоровья их ребенка, но они его не понимают и не оценивают. Для врача необходимо знать, что через определенный промежуток времени, после

выхода из состояния шока, а этот период длится, по данным разных авторов, от нескольких часов до суток, родители будут задавать те же вопросы по состоянию здоровья их новорожденных детей, уверяя, что им ничего не объясняли.

После выхода из шока следует **период метаний**, когда родители пытаются получить информацию о состоянии здоровья новорожденных, как правило, задавая повторные вопросы. В этой фазе очень важно отвечать на вопросы родителей, несмотря на то, что врачи считают, что уже предоставили подробную информацию. Причем в фазе метаний родители как бы отрицают, не верят врачам и сомневаются в правильности выставленного диагноза и соответственно компетенции врача. Большинство родителей не в силах осознать, что у ребенка имеются серьезные нарушения процесса адаптации, которые потребуют длительной реабилитации, и думают, что врач ошибся. Именно в этот момент родители обычно требуют консультации заведующего отделением, требуют заменить лечащего врача, дополнительных обследований и консультации. Врачу необходимо соблюдать профессиональную этику и суметь в этой непростой ситуации аргументировано объяснить, почему ребенку был выставлен тот или иной диагноз. Необходимо соблюдать спокойствие и тактичность по отношению к родителям. Позже они их сумеют оценить. Задача всех специалистов на данной стадии — сохранение определенного уровня надежды и ощущения стабильности у родителей перед лицом факта, грозящего разрушить их привычную жизнь. Ведь последствия для ребенка, когда родители долго отрицают его заболевание, могут быть тяжелыми, а в некоторых случаях — необратимыми. Нужно быть готовыми к отказу родителей от профилактических, диагностических и лечебных процедур. Родители часто рассматривают ребенка как собственность, с которой они могут поступать, как им угодно, причем решения их, как правило, основываются на сиюминутных впечатлениях. Знание врачом стадийности позволяет не считать реакцию родителей на полученную ими информацию о том, что у них необычный малыш, неадекватной. Эта реакция может быть облачена в различные формы: грубость, нетактичность, обиды, обвинения, замкнутость, нежелание общаться. Но перед врачом поставлена цель — добиться от родителей того, что позволит малышу максимально использовать имеющиеся шансы, подвести родителей к сотрудничеству.

После фазы метаний следует **фаза устойчивого равновесия**, когда родители способны адекватно оценить информацию о состоянии здоровья ребенка, а также выработать конструктивную тактику и программу участия в процессе реабилитации и лечения их ребенка. В зависимости от психологического портрета родителей фаза устойчивого равновесия устанавливается, как правило, к концу первой недели жизни ребенка. Нужно разговаривать с родителями очень конструктивно, беседа должна быть направлена на объяснение того, что происходит с ребенком. В ходе беседы необходимо обсудить принципы лечения ребенка и, что самое главное, как родители могут и должны участвовать в процессе лечения, чтобы оно было максимально эффективным. Известно, что у ребенка до года компенсаторные возможности развиты очень хорошо, родители должны не искать виноватых в причине заболевания, а заниматься реабилитацией. Задача врачей объяснить и помочь претворить в жизнь этот постулат.

Исходя из этих особенностей врач должен грамотно осуществлять первую беседу с родителями недоношенного ребенка и быть готовым к ответам на самые разные вопросы. Необходимо помнить, что родители переживают серьезный эмоциональный кризис, который может в дальнейшем приводить к формированию чувства отторжения, нелюбви к ребенку, формированию чувства стыда за своего ребенка или чувству гиперопеки. Безразличие и равнодушие родителей является причиной, приводящей еще к одной катастрофе в жизни ребенка, — формированию у него вторичной умственной отсталости, не имеющей органического субстрата. Гиперопека тоже наносит непоправимый вред ребенку. Родители стараются не нагружать ребенка, меньше занимаются его развитием, аргументируя это его слабостью, а в результате усугубляется задержка предметной деятельности, недостаточно развиваются сохранные анализаторы. Ребенок еще больше отстает в развитии от своих сверстников. В сущности гиперопека действует на ребенка аналогично отторжению. С ребенком не занимаются, не развивают и не совершенствуют его навыки. Мы не должны углублять формирование этих чувств, которые в дальнейшем накладывают отпечаток на всю жизнь ребенка. Иногда врачи задают вопрос: каким образом мы формируем чувство вины, отторжения от ребенка?

На вопрос женщины достаточно в беседе упомянуть, что привело к рождению недоношенного ребенка: нарушения в состоянии здоровья, гестоз, пиелонефрит, гипертоническая болезнь, которые, скорее всего, и вызвали преждевременные роды. Иногда родители сами делают подобные выводы. Мой ребенок не такой, как все, и никогда не будет здоровым.

Надо говорить не о прошлом, что могло привести к рождению недоношенного ребенка, эта тема более поздней беседы, ее рекомендуется проводить в фазе устойчивого равновесия, когда женщина будет готова к конструктивному диалогу, направленному на предотвращение повторных преждевременных родов.

Проводя беседу с родителями, необходимо стараться внушить позитивный настрой, сообщая только о тех нарушениях состояния здоровья, которые подтверждены клинико-лабораторными методами исследования.

При общении с родителями педиатр должен выработать в каждом случае персональную тактику своего поведения. Педиатру необходимо довести до сведения родителей важную информацию. По возможности, заключение о болезни должно быть доведено до сведения обоих родителей одновременно.

Но так как эмоциональное состояние родителей непохоже одно на другое, необходимо правильно оценить это состояние и попытаться в минимально возможные сроки найти те формы общения, которые принесут наилучшие результаты. Кроме того, важно не только довести до сведения необходимую информацию, но и сделать так, чтобы эта информация была услышана родителями. Следует помнить, что задача врача — мобилизовать родителей на правильное воспитание своего малыша. Не следует злоупотреблять поучительными интонациями, указывать матери, как ей следует ухаживать за ребенком, кормить его, воспитывать. Задача врача — предоставить достоверную и убедительную информацию о состоянии здоровья ребенка, особенностях развития, правилах вскарм-

ливания; нужно дать матери возможность самой решать, что делать. Не опровергайте и не критикуйте сказанное собеседником, но и не соглашайтесь с ошибочными высказываниями. Внимательно выслушав информацию врача, мать должна самостоятельно прийти к выводу, что ее представления были ошибочны. Нейтральная реакция показывает матери, что врач уважает ее мысли и чувства, помогает ощутить ненавязчивую поддержку. Вместо распоряжений, начинающихся с повелительной формы глагола («делайте», «давайте», «найдите»), а также слов «всегда», «никогда» следует предложить матери выбрать самостоятельно различные варианты решения проблемы [10, 11].

Очень часто родители недоношенного ребенка сталкиваются с проблемой общения с медицинским персоналом. Эта проблема заключается в том, что врачи разговаривают на медицинском языке, объясняя состояние ребенка, который изобилует большим количеством непонятных медицинских терминов. Эту терминологию родители не понимают, но и не осмеливаются спросить объяснения. Когда ребенок находится в отделении интенсивной терапии среди большого количества аппаратов, то родители могут чувствовать себя глупыми и ненужными, не способными помочь ребенку. Постарайтесь ответить на все вопросы родителей. Получение ответа поможет уменьшить переживания родителей и может помочь лучше понять проблемы ребенка и усилить чувство сопереживания и любви.

Еще одна сложная деонтологическая проблема, которая оказывает влияние на всю дальнейшую жизнь ребенка — **это сохранение грудного вскармливания**. В случае преждевременных родов необходимо помочь матери сохранить лактацию до того, как ребенок начнет сосать самостоятельно грудь. Для сохранения лактации очень важна психологическая поддержка матери, возможность частого контакта ее с ребенком, и в этом случае правильно проведенное консультирование поможет убедить мать в преимуществах вскармливания даже небольшим объемом нативного молока, начать сцеживание в первые сутки и, если позволяет состояние ребенка, дать ему молозиво. В настоящее время использование нативного грудного молока стало возможным в том случае, если сразу же после сцеживания его дают ребенку. Для максимальной физиологической адаптации больного ребенка к внеутробному существованию необходимо использовать любую возможность совместного пребывания его с матерью. В условиях отделения патологии новорожденных и недоношенных детей 90% новорожденных, которые находились совместно с матерью, независимо от гестационного возраста и массы тела при рождении, в дальнейшем полностью переходят на свободное исключительно грудное вскармливание [3, 7, 8, 11].

Когда врач разговаривает с родителями недоношенного ребенка, которому уже исполнилось две недели, необходимо помнить, что родителей беспокоит качество жизни их ребенка. Следует объективно описать состояние новорожденного, подчеркнув, что в дальнейшем особое значение приобретает хороший уход в отделении второго этапа, а затем в домашних условиях, что может ускорить рост и развитие младенца [2, 3, 14]. Необходимо информировать родителей, что существует статистика развития недоношенных новорожденных.

Наиболее здоровые недоношенные дети догоняют своих ровесников в физическом развитии в первые два года жизни. Что касается развития языкового, моторного и социального, то наиболее крепкие недоношенные дети также догоняют ровесников в первые два года жизни. Примерно 70—80% детей в дальнейшем не имеют серьезных отклонений, но для этого ребенок должен пройти программу реабилитации, именно выполнение этой программы, также как и развитие ребенка, являются основными задачами, стоящими перед родителями и врачами. Необходимо подчеркнуть, что несмотря на то что все недоношенные дети имеют тенденцию к задержкам в развитии, раннее вмешательство может помочь. Имеются специальные развивающие программы для детей от рождения до трех лет [9, 13].

К сожалению, на сегодняшний день существует разрыв между современными высокотехнологичными методиками выхаживания глубоконедоношенных детей и **последующим их наблюдением в условиях поликлиники**. Отсутствие у врачей четкого представления об особенностях нервно-психического и моторного развития этих детей приводит либо к «благодушному» отношению к пациенту (ребенок слишком маленький, ему необходимо время, чтобы догнать своих сверстников по развитию), либо к гипертрофии клинических симптомов с гипердиагностикой патологических состояний, что часто влечет необоснованное назначение препаратов, не безразличных для ребенка. Еще одна проблема, с которой часто сталкиваются педиатры, это то, что родители недоношенных детей сравнивают навыки и умения своего ребенка с доношенными детьми и считают, что их дети отстают в развитии. Для того чтобы на этом этапе не формировалось чувство отторжения и упреждая его формирование, необходимо информировать родителей об особенностях развития их ребенка, говоря о том, что является нормой для ребенка рожденного на разных сроках гестации.

По данным литературы, в возрасте 3—4 мес постнатальной жизни предсказать вероятность неблагоприятного неврологического исхода у глубоконедоношенных детей невозможно, так как развитие болезни определяется многими факторами: глубиной перинатального поражения ЦНС, степенью зрелости младенца, резервными возможностями и пластичностью мозга, а также адекватностью оказываемой помощи. Прогноз в отношении психомоторного развития недоношенных детей с достаточной точностью может быть сделан только на 9-м мес жизни. При оценке психомоторного развития глубоконедоношенного ребенка необходимо прежде всего определить, что является нормой для данного гестационного и постнатального возраста. Оценку моторных и психоэмоциональных возможностей недоношенных детей целесообразно начинать только после достижения возраста 40 нед гестации (при сроке гестации 26—28 нед, а это 3 мес фактического постнатального возраста). В последующие 2—3 мес (т.е. до 5—6 мес фактического возраста) не отмечается значительного прироста психомоторных навыков («платообразный период развития недоношенного ребенка») — данный период жизни требует особого внимания к соматическим проблемам (вскармливание, профилактика и лечение анемии, рахита, витаминно-минеральных нарушений и т. д.), которые чаще всего проявляются именно в это время и могут потенцировать

замедление развития. С 7—8-го мес фактического возраста (скорректированный возраст — 4—5 мес) отмечается выраженный скачок в психомоторном развитии. Прирост функциональных возможностей начинает опережать скорректированный возраст на 3—4 нед, к 12-му мес жизни — на 5—6 нед, а к 18—20-месячному возрасту дети ничем не отличаются по развитию от доношенных сверстников 12—14 мес. Моторное развитие достигает уровня доношенных сверстников к 18—20-му мес фактической жизни, познавательное развитие — к 20 мес, речевое развитие — к концу 2-го года жизни [1, 7, 9, 13]. Поэтому очень важно динамическое наблюдение за детьми, родившимися недоношенными, общение с родителями этих детей с целью своевременной диагностики и терапии выявленных отклонений. Создаваемые центры катамнеза позволяют решить эту проблему и улучшить качество жизни недоношенных детей и их родителей.

В заключение необходимо отметить, что медицина — такая сфера деятельности, где нет мелочей, нет незамеченных поступков, взглядов, переживаний. Здесь все, даже незначительный будничны́й факт человеческого участия, волнует с не меньшей силой, чем большие жизненно важные деяния. Длительное, трудоемкое, требующее всестороннего обследования недоношенного ребенка дорогостоящее лечение предполагает непростые взаимосвязи между родителями, врачом и маленьким пациентом.

Благодаря сотрудничеству с доктором родители занимают активную позицию, берут на себя ответственность за здоровье своего ребенка и тем самым способствуют его выздоровлению и максимальной реабилитации. Неразрывный комплекс мануальных и коммуникативных навыков определяет профессионализм врача, составляет прочную основу доверия к нему родителей. Основы взаимоотношений между врачами и родителями детей закладываются на этапе беременности, знание основ психологии и рационального общения помогут не только улучшить прогноз заболевания недоношенного ребенка, но и улучшить качество жизни как самого ребенка, так и семьи в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы медицинской деонтологии / Н.Н. Щетинин, С.И. Третьяк, А.В. Прохоров, В.А. Манулик // Медицинские новости. — 2000. — № 11. — С. 48—51.
2. Акопов, В.И. Право в медицине / В.И. Акопов, Е.Н. Маслов. — М., 2002. — 78 с.
3. Альбицкий, В.Ю. Современные этические проблемы педиатрии / В.Ю. Альбицкий, С.Я. Волгина // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 3, № 5. — С. 98—99.
4. Бажутина, Т.О. Биоэтика: учеб. пособие / Т.О. Бажутина. — Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2007. — 35 с.
5. Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского. — М., 1997. — 235 с.
6. Биомедицинская этика / под ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевича. — Минск, 2003. — 145 с.
7. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 240 с.
8. Герасимович, Г.И. Медицинская этика / Г.И. Герасимович // Здравоохранение. — 2008. — № 3. — С. 44—49.

9. Ильенко, Л.И. Актуальные вопросы медицинской деонтологии при оказании помощи матерям и детям: учеб. пособие для системы последиplomного образования / Л.И. Ильенко [и др.]. — М., 2011. — 51 с.
10. Кешишян, Е.С. Психомоторное развитие как критерий неврологического здоровья недоношенного ребенка / Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // Лечащий врач. — 2004. — № 5. — С. 21—27.
11. Мишаткина, Т.В. Биомедицинская этика: учебно-методическое пособие / Т.В. Мишаткина. — Минск: МГЭУ им. А.Д. Сахарова, 2007. — 32 с.
12. Носачев, Г.Н. Общение с пациентом. Психология общения в системе «врач—пациент» / Г.Н. Носачев, В.В. Попов. — СПб.: Перспектива, 2000. — 273 с.
13. Рыбкина, Н.Л. Этика и деонтология в педиатрии: учеб.-метод. пособие / Н.Л. Рыбкина. — Казань, 2011. — 36 с.
14. Уильямс, Дж.Р. Руководство по медицинской этике / Дж.Р. Уильямс; под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина, Л.А. Михайлова; пер. с англ. Т.В. Булыгиной, Л.Л. Васильевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 128 с.
15. Шилко, В.И. Опыт реабилитации недоношенных детей с перинатальным поражением мозга / В.И. Шилко, В.Л. Зеленцова, Н.П. Попова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2003. — № 2. — С. 43—47.

REFERENCES

1. Aktual'nye problemy medicinskoj deontologii / N.N. Schetinin, S.I. Tretyak, A.V. Prohorov, V.A. Manulik // Medicinskie novosti. — 2000. — № 11. — S. 48—51.
2. Akopov, V.I. Pravo v medicine / V.I. Akopov, E.N. Maslov. — M., 2002. — 78 s.
3. Al'bickij, V.Yu. Sovremennye eticheskie problemy pediatrii / V.Yu. Al'bickij, S.Ya. Volgina // Voprosy sovremennoj pediatrii. — 2004. — T. 3, № 5. — S. 98—99.
4. Bazhutina, T.O. Bioetika: ucheb. posobie / T.O. Bazhutina. — Novosibirsk: Sibmedizdat NGMU, 2007. — 35 s.
5. Bioetika: uchebnik / pod red. P.V. Lopatina. — M.: GEOTAR-Media, 2008. — 240 s.
6. Biomedicinskaya etika / pod red. V.I. Pokrovskogo. — M., 1997. — 235 s.
7. Biomedicinskaya etika / pod red. T.V. Mishatkinoi, S.D. Denisova, Ya.S. Yaskevicha. — Minsk, 2003. — 145 s.
8. Gerasimovich, G.I. Medicinskaya etika / G.I. Gerasimovich // Zdravoohranenie. — 2008. — № 3. — S. 44—49.
9. Il'enko, L.I. Aktual'nye voprosy medicinskoj deontologii pri okazanii pomoschi materyam i detyam: ucheb. posobie dlya sistemy poslediplomnogo obrazovaniya / L.I. Il'enko [i dr.]. — M., 2011. — 51 s.
10. Keshishyan, E.S. Psihomotornoe razvitie kak kriterii nevrologicheskogo zdorov'ya nedonoshennogo rebenka / E.S. Keshishyan, E.S. Saharova // Lechaschii vrach. — 2004. — № 5. — S. 21—27.
11. Mishatkina, T.V. Biomedicinskaya etika: uchebno-metodicheskoe posobie / T.V. Mishatkina. — Minsk: MGEU im. A.D. Saharova, 2007. — 32 s.
12. Nosachev, G.N. Obschenie s pacientom. Psihologiya obscheniya v sisteme «vrach—pacient» / G.N. Nosachev, V.V. Popov. — SPb.: Perspektiva, 2000. — 273 s.
13. Rybkina, N.L. Etika i deontologiya v pediatrii: ucheb.-metod. posobie / N.L. Rybkina. — Kazan', 2011. — 36 s.
14. Shilko, V.I. Opyt reabilitacii nedonoshennyh detei s perinatal'nym porazheniem mozga / V.I. Shilko, V.L. Zelencova, N.P. Popova // Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii. — 2003. — № 2. — S. 43—47.
15. Uil'yams, Dzh.R. Rukovodstvo po medicinskoj etike / Dzh.R. Uil'yams; pod red. Yu.M. Lopuhina, B.G. Yudina, L.A. Mihailova; per. s angl. T.V. Bulyginoi, L.L. Vasil'evoi. — M.: GEOTAR-Media, 2006. — 128 s.