

Долецкий С.Я.

ЯТРОГЕНИЯ В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей,
кафедра детской хирургии, Москва**

Doletsky S.Ya.

IATROGENY IN PEDIATRIC SURGERY

**Pediatric surgical department of the Central Order of Lenin
Advanced Training Medical Institute, Moscow**



Предлагаемая читателям работа академика РАМН профессора С.Я. Долецкого является главой руководства по урологии новорожденных и грудных детей.

В 1960 г. в первом в стране отделении хирургии новорожденных были заложены основы нового самостоятельного научно-практического направления – урологии новорожденных и детей раннего возраста. Написанное руководство стало результатом многолетнего труда клиник хирургии новорожденных и урологии кафедры детской хирургии ЦОЛИУВ (ныне РМАПО) и предполагалось к изданию в издательстве «Медицина» в 1982 г. Однако реорганизация издательства, которая пришлось на период перестройки, не позволила осуществить этот проект.

За последние годы неонатальная урология интенсивно развивалась, и некоторые позиции утратили свою актуальность. Несмотря на это, проблема социальных, деонтологических и ятрогенных аспектов урологии новорожденных существует до настоящего времени.

Работа публикуется впервые в редакции автора.

In 1960 the foundation of such a new independent research trend as urology of new-born children and infants was laid in the leading surgical pediatric department of the country. This written manual resulted from many years of work conducted by the specialists from clinics of surgery of newborns and urology of pediatric surgical department of the Central Order of Lenin Advanced Training Medical Institute (currently known as the Russian Medical Academy of Post-Graduate Education) and was planned to be published by Medicine publishing house in 1982. However the project failed due to reorganization of the publishing house in the restructuring period.

Neonatal urology has been developed actively within the last years and some aspects lost their significance. Nevertheless the issue of social, deontological and iatrogenic aspects of urology of the newborns remains pressing till now.

This is the first time for the work to be published as revised by the author.

Профессор В.Г. Гельдт

Professor V.G. Geldt

Ятрогения – термин, означающий "врачом рожденный", традиционно относился к неблагоприятному влиянию слова на пациента. Неосторожное, неудачное выражение медицинского работника имеет следствия, иногда весьма тяжелые, особенно у взрослых больных. Психосоматическая травма в меньшей степени свойственна детям. Термин ятрогения в 60–70-х годах начал приобретать новый смысл. Публикуются статьи, где ятрогенными страданиями называют осложнения и патологические состояния, связанные с диагностикой и лечением больных. Особо упоминается, например, медикаментозная ятрогения, возрастные периоды (новорожденные). Образно названа одна из работ: "Путешествие в страну-ятрогению, где врачи создают болезни". Последнее время внимание к ятрогении демонстрируется обилием литературы. Отметим монографию Л.Касснера "Ятрогенные расстройства у плода и ребенка" (1975), двухтомное руководство "Ятрогения в педиатрии" (1985) под редакцией М.Мейерс. Педиатрические стороны последнего были изложены в докладе московских и ленинградских патологоанатомов (см. "Архив патологии", 1988, № 5). Примечательно, что в 1975 г. ВОЗ при IX пересмотре номенклатуры травм и болезней возвела ятрогению в ранг основного заболевания. Например, поэтому тромбоз магистрального сосуда, вызванный его катетеризацией и повлекший за собой печальный исход, вне зависимости от страдания, явившегося показанием к назначению инфузионной терапии, будет квалифицироваться, в первую очередь, как ятрогения. А лишь затем – как заболевание ребенка. Всесоюзное общество патологоанатомов провело Пленум правления (Казань, 1987), где всесторонне была обсуждена одна проблема – ятрогения.

Объединение несчастий, ошибок, осложнений, рассматривавшихся ранее отдельно, в одну общую категорию достаточно понятно. Систе-

ма зарубежного здравоохранения, где пациенты облагаются прямым налогом, направленным на покрытие нужд медицины, кроме того, часть расходов по болезни оплачивается дополнительно, вынудила больных при нарушении качества обслуживания вступать в юридические отношения с медиками. За свои немалые деньги больной вправе требовать высокого уровня помощи. Соревнования между юристами медика и пациента неизменно оборачивались против врача. В лучшем случае он выплачивал компенсацию только своему юристу, в худшем – и юристу, и пациенту. Появление термина ятрогения, объединившего осложнения, не носящие криминального характера, намного упростило процессуальную сторону конфликтов, а врачей побудило к анализу причин ятрогении.

Поскольку в нашей стране требования к здравоохранению повышаются, часть его начала приобретать платный характер, создается ситуация, когда врачи, население и правоохранительные органы в сложных ситуациях в целях четкой квалификации при конфликтных ситуациях вправе получить исчерпывающую характеристику нового термина.

Задача настоящего раздела дать современное определение понятию ятрогении, привести основные его группировки, проанализировать истоки и пути ее снижения. Понимание ятрогении сформулировано нами с учетом определений, описанных многими авторами (терапевтами, педиатрами, патологоанатомами и др.).

Ятрогения – неумышленное и зачастую неизбежное осложнение, возникающее вследствие общения с пациентом, воздействия на него или в результате бездействия медицинского персонала при профилактических, диагностических и лечебных мероприятиях.

Поясним смысл определения. Умышленный вред нами исключен. Выделение ятрогении в самостоятельное и новое понятие облегчает самокритичный анализ допущенных медиками упущений, не имеющих отношения

к судебнo-медицинскому разбирательству. Объектом последнего служат деяния, четко отраженные в УК РСФСР (ст. 172, 106, 111, 115) и союзных республик, среди которых особое место занимают должностные нарушения закона, неоказание медицинской помощи и др.

По своему существу ятрогения – медико-социальная проблема. Фиксация внимания на слове "неизбежное" определяется особенностью работы в клинической медицине.

Примером может служить наиболее частое и массовое воздействие в виде инъекций. Гипертрофические рубцы кожи, инфильтраты и абсцессы нередко связаны с индивидуальными или возрастными особенностями организма ребенка, невосприимчивостью к данному средству или наличием скрытых очагов инфекции. Столь же неожиданны и зачастую непредсказуемы анафилактические реакции, порой с печальным исходом.

Новый метод диагностики или лечения после самых скрупулезных проверок при стендовых испытаниях и экспериментах на животных поначалу неизбежно дает определенный, порой высокий процент осложнений. В этом смысле ятрогения является понятием динамическим. Административные требования не повышать определенного уровня ятрогении затрудняются многими привходящими факторами: условиями, оснащением, медикаментозным обеспечением и многим другим. Накопление опыта, полученного неизбежной ценой ятрогенных осложнений, позволяет постепенно снизить их показатели. Ярким примером служит история кардиохирургии младенцев, когда при ряде пороков сердца послеоперационная летальность снизилась с 50% до десятых долей процента.

Ятрогения общения в педиатрии обладает важной стороной. Контакты ребенка с медицинским персоналом создают у него определенное настроение. Подобного рода индукция, именуемая опосредованным психосоматическим влиянием, полезна с положительным знаком, а с отрицательным – должна рассматриваться как ятрогения. Отсюда проистекают особые требования к личностным качествам, характеру и поведе-

нию персонала педиатрической службы. Ятрогению общения правильнее всего переместить или, точнее, совместить с понятием деонтологии. Опытный персонал детских больниц чаще всего правильно обращается с детьми. К деонтологии мы подробнее обратимся ниже.

Особого внимания требует упоминание о бездействии медперсонала (А.В.Смоляников назвал его ятрогенией с отрицательным знаком). Замечу, что бездействие бывает связано не только с недостатком у врача знаний или опыта, но порой – с отсутствием в арсенале необходимых средств или условий.

Профилактические обследования, прививки, вакцинации создают положение, когда ятрогения распространяется не только на больных, но и на всех без исключения здоровых детей. Осложнения при этом способны вызвать острые реакции, в которых практически никто не виноват. Они, повторю, являются неизбежной оборотной стороной медицинского воздействия.

Ятрогению мы делим на три вида.

1. Незамеченная ятрогения. Например, прием ребенком лекарства в дозе, превышающей возрастную в десять раз, сопровождается тяжелыми симптомами, трактованными как индивидуальная несовместимость. Отклонения исчезли после приема лекарства.

2. Замеченная и сопровождавшаяся осложнениями ятрогения наблюдается часто. Поражения мочевого пузыря и уретры при ошибочном использовании едких препаратов. Повреждение уретры при катетеризации пузыря. Ожог уретры при электрокоагуляции клапанов уретры.

3. Замеченная ятрогения с печальным исходом. Регистрируется на секции.

Предпосылки, способствующие возникновению ятрогенных поражений, относятся в первую очередь к недостаточному учету анатомофизиологических особенностей, в первую очередь тканевых. Расхождения раны, грубые рубцы, стенозы возникают не только как неизбежное

следствие вмешательства, но чаще результатом нарушения правил атраumaticной техники.

Особое внимание привлекают ныне методы антенатального вмешательства – амниопункции, амниоцентез, амниоскопия и интрауретеральные воздействия на плод, преследующие цель разгрузки дилатированных лоханок или пузыря, с оставлением в них постоянного дренажа. Разработка подобного рода процедур сопровождается высокой степенью риска выкидыша, что налагает на специалиста моральную ответственность даже при самом высоком уровне его профессионального мастерства.

Рассмотрим распределение ятрогении в зависимости от ее вида.

1. Медикаментозная ятрогения. Большинство реакций, связанных с формально верной, но индивидуально токсической дозировкой лекарства, может проходить мимо внимания родителей и персонала, ибо токсикоз, рвоту, судороги и пр. естественно отнести за счет основного заболевания или его нетипичного течения. Сочетание нескольких медикаментов, назначаемых по строгим показаниям, способно не только купировать, но и отягчить основное страдание. Особое место занимают побочные реакции при химиотерапии. В урологии применение рентгеноконтрастных медикаментов, лечебных препаратов, антибиотиков нередко сопровождается осложнениями, требующими немедленной помощи. Широкий разброс индивидуальной чувствительности и полное отсутствие субъективных симптомов затрудняют положение врача. У взрослых или детей старшего возраста время для оказания пособия выигрывается благодаря жалобам (стеснение в груди, одышка, головная боль, прилив крови к голове и пр.), у маленького ребенка коллапс, шок, судороги, гипертермическая реакция регистрируются значительно позднее.

2. Манипуляционная ятрогения нарастает, зеркально отражая технический прогресс медицины, особенно ее инвазивных и эндоскопических методов. Пребывание в сосудистом русле ребенка пластмассовых

трубок с целью инфузии лекарственных и бактериостатических средств само по себе способно стать источником септического процесса. Флора, циркулирующая в кровяном русле, находит в пластмассовом инородном теле стартовую площадку, точнее искусственный очаг сепсиса. В структуре танатогенеза манипуляционная ятрогения занимает ведущее место.

В урологии повторное введение в уретру, пузырь, реже в мочеточники диагностических приборов, оставление на разные сроки в полостях почки или пузыре дренажных трубок, наличие разного рода выпускников и дренажей неизбежно сопровождается ятрогенными осложнениями. Снизить их можно, манипулируя нежно, скрупулезно, строго соблюдая правила асептики и фиксации дренажей.

3. Реанимационно-анестезиологическая ятрогения наиболее опасна. Оживление и обезболивание объединены, ибо многие процедуры в отделениях реанимации у детей выполняют под общей анестезией. Большинство наркозов проводят в операционных и перевязочных. Любое воздействие у тяжелого больного сопряжено с возможностью причинения ему вреда. Врач-реаниматолог вынужден постоянно взвешивать, что опаснее для ребенка: применение данного приема или отказ от него. Именно в реанимации наиболее часто проявляется характеристика ятрогении как неумышленного и неизбежного осложнения или даже вреда. Примером служит назначение сверхбольших доз гормонов, которые в критических ситуациях дают положительный эффект. Нельзя отрицать, что в отдельных случаях при определенном эндокринном статусе ребенка подобная доза может оказаться фатальной. Но это не означает возможности отказаться от спасительной для подавляющего большинства больных гормонотерапии. До того времени, пока не будет найдено средство, более мощное и безопасное.

Многие из рутинных приемов, принятых в отделении реанимации, — массаж сердца, ИВЛ, длительная назофарингеальная интубация трахеи,

повторные катетеризации уретры, наличие желудочного или тонкокишечного постоянного зонда – сопровождаются определенным числом осложнений. Ликвидация их требует интенсивной работы, но у крайне тяжелых, недоношенных, септических больных со многими сочетанными пороками развития не всегда увенчивается успехом. Понятно, что факты ятрогении при этом бесспорны, но ни в коем случае не криминальны.

В применении современной многокомпонентной общей анестезии заложена потенциальная опасность для пациента. Использование средств коротко-, долго-, а порой и разнонаправленного действия – когда результат анестезии определяется темпом введения препарата, как говорят "на кончике иглы" – повышают требования к профессиональному уровню анестезиолога. Особая ответственность ложится на плечи педиатров-анестезиологов, ибо специфика анестезии незрелого организма отягощается его индивидуальными реакциями, связанными с особенностями и вариантами обмена и детоксикационных процессов. Облегчает ведение анестезии совершенная следящая аппаратура – "мониторинг" в тех учреждениях, где она имеется. Неожиданные случаи глубокого угнетения дыхания после завершения наркоза могут быть купированы небезопасной длительной искусственной или ручной вентиляцией легких.

Урологические больные в отделение реанимации попадают реже, после длительных или особо травматических реконструктивных операций или политравмы. Двухпросветные катетеры с раздувающимися баллонами, мочеприемники облегчают уход за больным. Но при возникновении мочевых затеков, свищей только применение двухпросветных аспирационно-промывных дренажей, тщательное почасовое наблюдение за ними персонала могут предупредить возникновение осложнений, которые должны быть отнесены к ятрогении.

Частота эпизодов ятрогении в интенсивной терапии, реанимации и анестезиологии дает основание в первую очередь заботиться об оснащении и обеспечении этих подразделений.

4. Алиментарная ятрогения привлекает внимание в связи с изучением факторов риска. Высокая масса ребенка – явление в основном социальное, связанное с низкой санитарной культурой родителей. Советы, даваемые медицинским персоналом, недостаточно информированным в научно обоснованных возрастных диетах, обуславливают нерациональное питание, определяющее ближайшие и отдаленные неблагоприятные последствия. В первую очередь, имеются в виду южные и среднеазиатские республики, где национальные традиции далеки от рационального вскармливания. Заметим, что по данным противораковой ассоциации в США у взрослых среди факторов риска нерациональное питание занимает первое место.

Урологические больные, особенно после операции при мочекаменной болезни, с почечной недостаточностью, не всегда получают достаточно полные и обоснованные рекомендации по диететике, еще чаще родители к этим рекомендациям не всегда прислушиваются и их не выполняют.

5. Лучевая ятрогения связана с естественными и искусственными факторами. Советы относительно использования солнечной инсоляции детьми в официальных рекомендациях даются вполне обоснованно. Однако в южных широтах далеко не всегда точно учитывают особенности данного географического пояса, высоту территории над уровнем моря, откуда ребенок (приезжий или абориген), его возраст и, наконец, степень защиты кожных покровов различными видами одежды. Недостаточно сегодня изучены изменения, возникшие в качественном составе лучевой солнечной и космической нагрузки, требующей повышенной осторожности.

Диагностические и лечебные аппараты, применяемые в медицине, увеличиваются в количестве и качестве, разнообразии. Рентгенодиагностика и терапия, ультразвуковая аппаратура, в том числе для рассечения тканей, радиоизотопное сканирование, электрохирургическая

диатермия и коагуляция, ионофорез, токи ТНЧ, УВЧ, расширяющиеся возможности лазера – далеко не полный перечень эффективных методов. Каждый из них, вопреки высокому уровню защиты, несет в себе потенциальные опасности ятрогении, особенно в урологии, где производятся повторные исследования. Повседневная подготовка персонала, регулярные проверки знаний правил безопасности не исключают периодически возникающих тяжелых осложнений. Ответственность за них несут не только виновные, но и руководители подразделений.

6. Хирургическая ятрогения на протяжении многих десятилетий наиболее полно освещалась при анализе ошибок, опасностей, осложнений и несчастий, чему посвящено значительное число монографий и руководств. Фактология сконцентрирована в разделах журналов, посвященных этим вопросам. В нашей стране славные традиции самокритичного разбора допущенных ошибок исходят от Н.И.Пирогова, явившего пример обнажения собственных упущений в целях неповторения их самому и обучения на них коллег. В детской урологии ятрогенные осложнения связаны не только с уровнем профессионального мастерства врача, но и с условиями, в которых они трудятся. Анастомоз у недоношенного ребенка разойдется значительно реже, если он будет шит тонкими рассасывающимися синтетическими нитями на атравматичной игле. Выхаживание новорожденных,отягощенных факторами риска, более надежно при наличии мониторов, совершенных кювезов, разовых систем и иглолок для инфузий. Наличие их, когда они будут производиться в достаточном количестве и качестве, существенно улучшит результаты и снизит ятрогению.

Перечисленные шесть видов ятрогении вызывают естественный вопрос о возможности их учета. Истекшее десятилетие показало малую реальность даже приблизительно достоверных показателей.

При анализе патологоанатомом секционных данных, не дающих, на первый взгляд, оснований для предположения о ятрогении, лечащий

врач может без труда припомнить ряд ятрогенных эпизодов, способных сыграть свою роль в танатогенезе.

Так, например, упоминание о несвоевременном назначении посева крови и гноя из раны при апостематозе и гнойном паранефрите обусловило запоздалое назначение эффективной антибактериальной терапии и способствовало бурному прогрессированию септического процесса.

Следовательно, ятрогения будет выявляться тем чаще, чем с большей искренностью и самокритичностью врач исполнен стремления научить на своей ошибке коллег во благо будущих пациентов. Понятно, что для этого необходим определенный благоприятный микроклимат в данном учреждении, в обществе в целом, чему в настоящее время мы и являемся свидетелями.

Полезно рассмотрение ятрогении в зависимости от этапов созревания ребенка и возможных опасностей, присущих им. Традиционно деление на антенатальный, интранатальный, постнатальный периоды и далее – общеизвестные возрастные градации. Современный подход допускает модернизацию взгляда, расширяя границы в обоих направлениях. Повреждение мужских и женских яйцеклеток у подростков вследствие неправильных советов медперсонала или назначения медикаментов, что обернется появлением на свет неполноценного ребенка, укладывается в понятие ятрогении в том случае, если такой больной появится на свет. Другое направление – выход за рамки принятого 15-летнего возраста.

Педиатрические особенности ятрогении прослеживаются при изучении отдаленных последствий советов и воздействий. Известны примеры повышенной склонности к инфекционным поражениям их у детей, вскармливаемых искусственными смесями. Длительные гипоксии, родовая черепно-мозговая травма отражаются на психомоторном развитии известной группы детей. Удаление селезенки у ребенка без попытки сохранить часть ее или реплантировать оборачивается тяжелыми гнойно-вос-

палительными заболеваниями. Третий путь возникновения болезней у детей – повреждение растущих и развивающихся тканей органов и систем – иллюстрируется примером.

Зарегистрировано отставание в росте ноги у ребенка в связи с частичным тромбозом бедренной артерии после ангиографии, выполненной ему в грудном возрасте. Понятно, что предвидеть и предупредить осложнение подобного рода весьма сложно, если вообще возможно. Это случай, когда ятрогения обернулась патологией спустя длительное время.

Рассмотрим клинические предпосылки ятрогении, предстающие в трех группах.

1. Профессиональный уровень врача и персонала; мануальные свойства (врожденные или тренированные), обеспечивающие атравматичность манипуляций и оперативных вмешательств; интеллигентность, общая культура, воспитанность.

2. Склад характера, темперамент.

3. Условия работы персонала и пребывания детей в лечебном учреждении. Оснащение необходимой аппаратурой и техникой. Рациональная организация труда. Снижение, ухудшение или отсутствие их оборачивается ятрогенией.

Предупреждение и снижение ятрогении определяется общим подъемом здравоохранения в стране. В первую очередь, отметим улучшение условий и организации труда медработников, создание материально-технической базы здравоохранения. Не менее важна экономия времени, традиционно растрачиваемая на документацию и неподготовленные совещания. Новый образ мышления придет не сразу, но только путем овладения им возможно понимание старых и вечных, пострадавших от девальвации истин, таких, как милосердие, бескорыстие, терпение, до-

брота, в которых нуждается детство. Профессиональный уровень врача неразрывно связан с повседневным интенсивным самообразованием, самоконтролем, самокритичной и гласной оценкой допущенных просчетов и ошибок.

Повышение личностных качеств членов нашей врачебной корпорации во многом определится требованиями к абитуриентам медицинских вузов: объективно подтвержденные знания, способности, горячая любовь к делу и ничего больше.

Важность понятия ятрогении требует, чтобы в программы медицинских институтов наравне с деонтологией была внесена и ятрогения, принявшая характер эпидемии, и была включена в учебники и руководства по педиатрии и смежным областям.

Выполнение врачами своего тяжелого долга возможно лишь при реабилитации высокого престижа нашей профессии, его материального обеспечения, что уже проводится в жизнь и дает основания с оптимизмом смотреть на перспективы снижения ятрогении и улучшения помощи детям.

✽

✽

✽

Деонтология представляет собой учение о поведении медицинского персонала в отношении к пациентам. Оно тем в большей степени удовлетворяет требованиям, чем выше уровень профессиональной подготовки, воспитания, культуры, интеллигентности персонала. Перечисленное во многом зависит от атмосферы в обществе и, следовательно, является также проблемой социальной.

Деонтология в нашей стране посвящена обширная литература. Исчерпывающие сведения, в том числе относящиеся к педиатрии, изложены в двухтомном руководстве (1988).

Общие проблемы деонтологии существенно различаются при перене-

сении их на ранний возраст. Отсутствует возможность влияния на пациента убеждением и внушением, что лишает врача сильнейшего способа воздействия воли, интеллекта, которые у взрослых способны оказать существенное влияние на течение патологического процесса.

Новорожденный полностью беззащитен. Мать его, находящаяся в роддоме, отец и старшие родственники не в состоянии помочь в случаях необходимости принять ответственное решение. Отсутствие отчетливой позиции родственников ставит врача в положение лица, единолично решающего судьбу ребенка, что во многих случаях весьма затруднительно. Примером может служить случай множественных сочетанных пороков развития, одномоментная операция сопровождается высоким риском, велика вероятность гибели ребенка. Многоэтапные повторные, на протяжении нескольких месяцев или лет операции, с затратой громадных усилий со стороны родителей и медиков не позволяют надеяться на конечный благоприятный исход. Прогноз более чем сомнителен. Выбор тактики требует высокой гуманности и осторожности.

Успехи хирургии новорожденных позволили по-новому подойти к катамнезу, который в приложении к урологическим страданиям обладает своеобразием. Быстрый рост и развитие новорожденного ранее давали основание предположить, что достигнутые результаты через 3–5 лет можно считать окончательными и достаточными для оценки результатов операции. Однако опыт показал, что существенное улучшение в первые месяцы и годы порой сменялось ухудшением. Например, после операции по поводу клапанов уретры, гидронефроза или пузырно-мочеточникового рефлюкса временное улучшение отражало лишь восстановление пассажа мочи, а последующее ухудшение свидетельствовало об исчерпании резервных возможностей еще внутриутробно глубоко пораженной почки.

Современное понимание прогноза дает основания сразу рассматривать пациента в зависимости от принадлежности его к одной из четы-

рех выделенных нами групп. 1. Дети, которые после операции будут полностью здоровыми. 2. Пациенты с физическими или косметическими дефектами, способные пребывать в обычной социальной среде. 3. Больные с тяжелыми отклонениями, в том числе функциональными и психическими, жизнь которых возможна лишь в специальных учреждениях. 4. Нежизнеспособные новорожденные. Сомнений в отношении 1 и 2 групп обычно не возникает. Решение судьбы больных 3 и 4 групп весьма ответственно и принимается, как правило, коллегиально.

Прогресс медицины изменил отношение к прогнозу. Внутриматочные вмешательства, например отведение мочи из лоханки гидронефротической почки плода, может способствовать ограничению поражения ее паренхимы.

Деонтологический подход приобретает особое значение при выборе метода лечения у ребенка. Умение поставить показания к консервативной или оперативной терапии связано с пониманием происхождения патологических симптомов и жалоб в зависимости от морфофункциональных особенностей ребенка. Например, при дилатации лоханки, недавно трактуемой как прегидронефроз, проводят исследования с целью выявления органического препятствия и безотлагательной операции. При отсутствии его предполагают две возможности: незрелость нервномышечных структур лоханки и мочеточника или вариант развития. Дифференциально-диагностическим и лечебным приемом служит комплекс консервативных мер, определяемых нами как "Управление созреванием". В результате больные в короткий срок поправляются и в дальнейшем в лечении не нуждаются.

Операцию выполняют по паллиативному или радикальному варианту. Деонтологический подход предусматривает всестороннее ознакомление с социальными условиями, которые порой в корне меняют тактику.

Изложенное позволяет утверждать, что деонтология и профессионализм врача неразрывно связаны между собой, требуя неустанного труда – коллективного и индивидуального.

Удельный вес детей с пороками развития мочевыводящих путей значителен и дает основания к следующим соображениям. Ребенок с пороком развития, сопровождающимся постоянным истечением мочи, требует тщательного ухода, многократной смены пеленок и повязок. В семьях, даже хорошо обеспеченных, с высокими морально-нравственными традициями, возникают трудности, особенно связанные с социальной адаптацией ребенка в процессе его роста. Ясли, детские сады, а зачастую и школа оказываются для таких детей практически недоступными. Среди молодых родителей немало осведомленных о праве на отказ от ребенка. Положение отказных детей в детских домах существенно улучшилось.

Детский хирург-уролог, перегруженный многообразными обязанностями, в своей работе чаще всего руководствуется чисто практическими задачами, не уделяя достаточно внимания социальной адаптации пациента после выписки из стационара. Пришло время перенести центр тяжести подхода к урологическим больным в сферу ответственности не только за ближайший период после операции, но и за обозримое будущее. Подобный взгляд ставит хирурга перед необходимостью отдать предпочтение вмешательствам, конечной целью которых будет "сухой" адаптированный к обществу человек. Предстоит совершенствование оперативно-технических приемов и методов, в результате чего пациент сумеет сам, без чьей-либо помощи, систематически опорожнять пузырь, как это делают здоровые люди. Внимание к сохранению почечной паренхимы дает предпочтение временным и постоянным (пожизненным) мочевым свищам. Многие зарубежные пациенты ведут нормальный образ жизни и вступают в брак благодаря широкому ассортименту мочеприемников. Потребность в них уже сегодня громадная. Повышение активности детских хирургов-урологов неизбежно повлечет за собой увеличение на них спроса. Учет подобного рода пациентов и развитие медицинской промышленности – актуальная задача организаторов здравоохранения.