

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ. ЧАСТЬ 2

Представляем вниманию читателей продолжение статьи, посвященной особенностям медицинской этики в хирургии, первая часть которой была опубликована в № 9(1) журнала «Церковь и медицина» январь 2013 г.

Авторы статьи — доктор медицинских наук, профессор Галина Львовна МИКИРТИЧАН, ведущая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, и кандидат медицинских наук Владимир Васильевич ШЕПИЛОВ, и. о. главного врача Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии, — рассказывают об этических проблемах, возникающих при оперативных вмешательствах.



---

### Этические проблемы, возникающие в хирургическом стационаре

Попадая в лечебное учреждение пациент испытывает воздействие всей обстановки больницы, включая отношение к нему персонала, внешнего вида отделения, его санитарного состояния и введенного в нем режима и т. д.

В 1960–70-е гг. наряду с эпидемическим режимом большое внимание стали уделять так называемому **лечебно-охранительному режиму**, понимая под этим систему мер, способствующих успешному лечению и повышению общего нервно-психологического тонуса больного.

В элементы лечебно-охранительного режима входят:

1. Культура поведения персонала, соблюдения принципов деонтологии с пациентом и его родственниками.

2. Точное соблюдение режима работы стационара.

3. Организация внешней обстановки стационара (эстетика помещений, удобная постель, освещение, температура, создание уюта и пр.).

4. Организация питания (вовремя поданная, неостывшая, вкусная пища, эстетика питания).

5. Борьба с болью и страхом боли.

6. Организация досуга.

К сожалению, в настоящее время само понятие лечебно-охранительный режим уходит в прошлое, и как целостная система он не всегда соблюдается, хотя отдельные его элементы в разной степени в различных отделениях выполняются.

Среди других деонтологических аспектов в стационаре особенно следует подчеркнуть значение **врачебного обхода**. В клиниках с традициями складываются целые ритуалы об-





*Группа слушателей Военно-медицинской академии во время обхода с лейб-хирургом Н. А. Вельяминовым. Фото К. К. Буллы*

хода. Известно, что больные относятся к нему чрезвычайно серьезно, так как ожидают от врача (заведующего отделением или консультанта — научного сотрудника, профессора) важного для себя решения: будет ли операция или нет, подтвержден ли диагноз, когда выпишут из стационара и т. д.

Лечащий врач или заведующий отделением в течение дня могут по несколько раз заходить в палату, но эти посещения нельзя сравнить с обходом. Если заведующий отделением и его помощники пришли для проведения обхода, психологическая картина в палате меняется, чувствуется напряженное ожидание больных. Все следят за каждым словом врача, его мимикой, жестом, а затем стараются выспросить у персонала обо всем, что они слышали и что им кажется неясным. Каждое неосторожно брошенное слово может породить у больного новые опасения, сомнения, что необходимо учитывать врачам при разговоре между собой в присутствии больных. Опытный врач, хорошо зная эмоциональное воздействие обхода на больных, тщательно готовится к нему. Он заранее обдумывает, с кем, как и о чем, он должен говорить. Подготовленный к обходу врач, встретив пристальные взгляды больных, сумеет ответить на их явные и скрытые вопросы, успокоить и обнадежить.

Психику больного могут травмировать следующие неосторожные выражения. Врач бро-

сает фразу: «Больного надо оперировать: либо пан, либо пропал». «Молодец больная — все еще тянет!» Преподаватель при больных объясняет: «Этот — жирный, а у таких рана заживает хуже, чем у тощих, возможно нагноение». После ухода врачей и студентов из палаты «тощий» торжествует, а «жирный» в панике.

Целесообразнее в палате выслушать самые общие сведения о состоянии больного, а опасности операции, колебания в диагнозе, тяжелый прогноз обсудить вне палаты. На обходе же надо сделать акцент на психотерапевтическое воздействие: ободрить, успокоить. Это то, что И. А. Кассирский называл «обход без обхода».



*Академик И. А. Кассирский (1898–1971)*



Недопустимы такие случаи, когда профессор обращает внимание сопровождающих врачей и студентов, на «интересного больного», подолгу задерживается у его постели и почти не устаивает внимания больных с более типичным течением заболевания. Это вызывает недоумение, растерянность, а иногда и обиду обделенных вниманием больных. Вообще не этичным считается деление на «интересных» и «не интересных» больных.

В условиях системы обязательного медицинского страхования большое значение уделяется экспертизе качества медицинской помощи, одной из ее составляющих является удовлетворенность пациента медицинской помощью и отношением к нему персонала. Многочисленные социологические исследования свидетельствуют, что чаще всего пациенты среди причин неудовлетворенности называют невнимательность врачей, их безразличие.

Давая обоснование полной удовлетворенности, больные оценивали врача только по этическим качествам, т. е. они отмечали внимание, доброе, чуткое отношение, заботу, ответственность, корректность, отзывчивость, умение убеждать и др. На втором месте стояли профессиональные качества врача, его опытность.

Для того чтобы преодолеть трудности общения с современными пациентами требуется систематическое повышение профессионального, правового и нравственного уровня лечащих врачей и всех медицинских работников, каждый врач должен стремиться к профессиональной компетентности, честности, бескорыстию, умению сопереживать больному.

### Этические проблемы, возникающие при оперативном вмешательстве

В хирургическом стационаре самым главным событием, равно важным и для хирурга и для больного, является операция. Большинство больных испытывают тревогу за исход операции, страх боли, некоторые из них ставят знак равенства между операцией и жизнью. Перед операцией одним из важнейших требований деонтологии в хирургии является детальное ознакомление с больным и его болезнью, учитывая характер болезни, степень ее развития, возраст больного, состояние жиз-

ненно важных органов, индивидуальные особенности, психологический статус больного.

Несомненно, хирург должен ясно представить качество жизни пациента после операции, причем учесть не только клинические данные, но и социальные условия — сможет ли он самостоятельно обслуживать себя, есть ли лица, которые будут оказывать ему помощь; материальные возможности больного, как отразятся последствия операции на его профессии и прочее.

Поскольку почти любая операция включает в себе элемент непредвиденных случайностей, хирург должен продумывать возможные осложнения и варианты выхода из этой ситуации. Если операция не требует срочности, то в сложных случаях для хирурга наступают мучительные дни раздумий о целесообразности операции, наилучшем методе ее производства.



*Н. И. Пирогов осматривает Дж. Гарибальди*

Принятие решения о необходимости операции связано с **проблемой риска**, одной из старинных проблем в хирургии. Безусловно, понятие риска в медицине связано с гиппократовским принципом «не вреди».



Н. Бидлоо (XVIII в.) писал: «Если надежда на спасение превышает опасность, тогда надо делать операцию. Но если опасность больше надежды на спасение, то следует воздержаться от операции. Никогда не приступать к операции ради наживы, а лечить болезни по призванию».

Н. И. Пирогов также ставил перед собой вопрос: «Должно ли делать операцию там, где мало надежды на успех?» И отвечал: «На этот вопрос можно ответить и да, и нет. В отношении научном и чисто филантропическом, конечно, и в сомнительных случаях должно делать операцию, в отношении же политически-научном так действовать невыгодно, потому что при неуспехе другие больные с подобными болезнями, но в меньшей степени пораженными организм, уstraшенные слухами и рассказами, не решаются на операцию даже при вероятности успеха... Что касается до меня, то я, не раз уже видел неожиданный успех в случаях отчаянных, не отказываюсь действовать и там, где даже вижу мало надежды на успех... Но решившись на операцию, должно иметь всегда в виду обстоятельства, которые могут сделать ее опасной и даже смертельной во время самого производства ее, и потому должно быть к ним приготовленным и в предсказании всегда осмотрительным». Эти положения понятны и современным хирургам.

Большинство хирургов стараются избежать риска или свести его к минимуму. Но ни одна медицинская манипуляция, ни одно медицинское вмешательство не обходится без той или иной доли риска. Однако границы его допустимости как раз и выходят на соотношение «вреда» и «пользы», преломляясь через врачебную оценку, опосредованную профессиональной квалификацией, личными качествами и знаниями врача.

Среди хирургов и больных существует такое понятие как «смелая операция» и «смелый хирург», причем многие вкладывают в это положительный смысл. Однако, нам кажется более правильным мнение М. М. Дитерихса: «Если я говорю о смелом охотнике на диких зверей, о смелом исследователе неизведанных горных вершин, то я понимаю под этим человека, который действительно смел: бросает вызов опасностям, подвергая им свою собствен-

ную жизнь, на что имеет полное неотъемлемое право, но смелый, хирург играет «чужой» жизнью, а не своей и поэтому термин «смелый хирург», по моему глубокому убеждению, не — положительное качество, не — похвала, не — заслуга. Хирург должен быть не смелым, а не пугающимся, мужественным — вот то качество, которое гарантирует больному благополучный выход из опасного положения и позволяет оператору быть достойным представителем большой хирургии, где опасности на каждом шагу, и каждое неудачное движение ножом или недочет в работе инструмента без спокойного мужества может принести непоправимые беды».

Окончательному решению о вмешательстве может помочь оформление предоперационного эпикриза, рекомендованного Н. Н. Петровым и именуемого им как «заклучение оператора». Этот вариант настолько продуман и логичен, что не потерял своей актуальности и в наши дни. Он состоит из четырех взаимосвязанных пунктов: 1) мотивированный диагноз; 2) показания к операции; 3) план операции; 4) обезболивание. Опыт многолетней хирургической работы убеждает в настоятельной необходимости составления предоперационного эпикриза по представленному плану. При этом курирующий хирург еще раз в деталях продумает весь симптомокомплекс основного заболевания, определит адекватный характер и объем предстоящей операции, взвесит показания и противопоказания к ней, оценит резервные возможности пациента, осмыслит возможные как непосредственные, так и отдаленные осложнения и наметит конкретные пути их предупреждения. Составление предоперационного эпикриза заставляет каждого хирурга глубже задумываться над своими больными, больше вникать в сущность их болезни.

Наконец решение принято, врач берет на себя ответственность за предлагаемую операцию. Все терзания, сомнения врача остались в его душе, и к больному он приходит внешне спокойным и уверенным. **Беседа его с больным перед операцией** является одним из важнейших эпизодов их взаимоотношений. Не в экстренных случаях целесообразно проводить эту беседу за 1–2 дня до назначенного срока операции.



Н. Н. Петров писал в своей книге: «Что именно надо говорить в каждом конкретном случае — этого предусмотреть, конечно, нельзя, но, помня деонтологию, хирург легко найдет подходящие слова; для этого надо только представить, что перед нами не безличный и безразличный «больной», а близкий человек, которому хочется доставить облегчение всеми возможными способами».



*Врач у постели больного сверяется с книгой.  
Миниатюра из манускрипта XIII в. (Оксфорд)*

Сообщение врача о необходимости и предполагаемом объеме предстоящей операции должно быть доступно для понимания больного. Объяснять ли методику операции, должен решать врач, одним больным, особенно при их желании, просьбе, можно рассказать подробнее, другим — дать только краткое понятие о сути оперативного вмешательства. Более подробно рекомендуется рассказать о методе обезболивания. Объем и характер объяснений зависит от психоэмоционального состояния больного, уровня его интеллекта, тяжести заболевания. С любым больным рекомендуется вести беседу в оптимистическом тоне, более подчеркивая лечебный эффект вмешательства, если возможны осложнения, то об этом больному осторожно, с тактом, но надо сказать. Большие трудности в беседе возникают при операциях, связанных с риском для здоровья и жизни больного. Ряд хирургов считают, что обсуждать с больным риск предстоящего вмешательства не следует. Известный французский хирург Р. Лериш в своей книге «Воспоминания о моей минувшей жизни» придерживается этих взглядов и приводит пример: один знаменитый и очень опытный хирург жаловался ему, что многие больные после его

беседы с ними об операции отказывались от нее. Присутствуя при обследовании больных этим хирургом, Р. Лериш понял причину их отказа. Хирург подробно объяснял все возможные осложнения при операции, которую он предлагал и в цифрах приводил опасность операции.

В противовес этому мнению, Н. Н. Петров рекомендовал при очень опасных операциях: «Следует объяснять больному, что операция непосредственно угрожает его жизни». Это заставит хирурга быть очень осмотрительным и решаться на нее только при безусловно смертельном характере заболевания, при наличии специального оборудования и опытности хирурга.

Несомненно, беседа перед операцией должна сочетать как медицинскую информацию, так и психотерапевтическую подготовку, внушить веру больному в благоприятный исход, успокоить, психологически настроить на операцию.

Как уже указывалось, в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» врач должен получить **добровольное информированное согласие на операцию от самого больного или его законных представителей** (когда больной находится в бессознательном состоянии, при психических заболеваниях, не достиг 15-летнего возраста). Без согласия больных, либо их законных представителей операция может быть проведена только в исключительных случаях, когда промедление в оперативном вмешательстве угрожает жизни больного, а получить согласие указанных лиц не представляется возможным.

Следовательно, врачу разрешено в порядке исключения производить операции и без согласия больного. Однако закон, давая право врачу решать этот вопрос, не конкретизирует перечень исключительных случаев.

А. А. Бондарев выделяет три группы диагнозов в хирургии неотложных состояний, которые определяют три формы взаимоотношения врача и пациента: угрожающие жизни состояния, состояния, требующие срочных вмешательств, состояния, при которых вмешательства могут быть отсрочены. В первой группе диагнозов врач выступа-



ет единственным желаемым представителем больного и сам принимает решения — это не является нарушением автономии. Во второй группе диагнозов врач уже может учитывать отношение больного, но рациональный выбор осуществляет сам. В третьей группе врач и больной могут выступать равноправными партнерами в обсуждении лечения, но решение принимают вместе. Таким образом, неконтролируемое предоставление пациенту решения о лечении в хирургической практике не желательно.

Вопрос о согласии на операцию обсуждался и врачами прошлого. Н. И. Пирогов в «Дневнике старого врача» вспоминал, что инспектор медицинских учреждений И. Рюль требовал от госпитальных врачей, чтобы они не предпринимали операций без согласия больного. Однажды молодой Н. Н. Пирогов готов был начать операцию по поводу аневризмы, в это время вошел И. Рюль и спросил больного, желает ли он операции. Тот ответил — «нет», и Рюль запретил операцию. В то время Н. И. Пирогов и его товарищи считали это не правильным и смеялись над Рюлем, говоря: «... дойдет, пожалуй, до того, что у больных в госпиталях надо будет испрашивать согласия на кровопускание, ставление банок и мушек». Оценивая эту ситуацию уже в пожилом возрасте, Н. И. Пирогов признал правоту И. Рюля, но считал, что окончательное решение вопроса о производстве операции без согласия больного лежит на совести хирурга. Споры о необходимости получения согласия на операцию продолжались и в XX в., хотя уже большинство врачей склонялись к обязательному получению согласия больного.

Порой бывает трудно получить согласие больного на операцию, а операция без согласия пациента является противоправным действием. Но законодательство не отменяет активной позиции врача, он должен использовать свой авторитет, доверие больного, все аргументы, чтобы получить согласие на необходимую, по его мнению, операцию. Однако, при убеждении больного недопустимо запугивать его или угрожать прекращением лечения, возможно прибегать к помощи ближайших родствен-

ников больного, чтобы они убедили его дать согласие на операцию, но привлечение родственников не должно входить в противоречие с сохранением врачебной тайны, если больной не хочет сообщать родным о своем состоянии.

Бывают случаи, когда больные неожиданно отказываются от уже согласованной операции, которая им явно показана. Эта ситуация требует самого внимательного и корректного выяснения. Наилучший вариант, когда мотивы такого отказа уточняются старшими, более опытными специалистами — зав. отделением, доцентами, профессорами, если речь идет о кафедральной клинике. Если причины отказа могут быть устранены без ущерба здоровью больного и работе клиники, то надо пойти навстречу больному и убедить его в необходимости операции. При твердой позиции больного отказаться от операции врачи не вправе настаивать, что предусмотрено законодательством. Если больной принял решение оперироваться в другом стационаре, не зависимо от причины такого решения, с его желанием надо считаться.

Может возникнуть ситуация, когда больной дал согласие на определенное хирургическое вмешательство, а в процессе операции, когда больной находится под общим наркозом, возникает необходимость расширения объема оперативного вмешательства (полное радикальное удаление пораженного органа, ампутация конечности выше уровня определенного до операции и др.). В данном случае рекомендуется получение согласия пациента перед операцией и на предполагаемый объем операции и на дополнительное расширенное вмешательство, если в ходе операции будут установлены показания к нему. Безусловно, перед врачом встает проблема деликатного, сообщения больному такой возможности, чтобы не испугать больного и не вызвать отказа от операции.

Категорические отказы больных от операций после убедительной беседы врача встречаются не так часто. Трагическая ситуация создается, когда отказывается от операции не сам больной, а его законные представители (роди-



тели, опекуны). Закон (ст. 20, п. 5)<sup>1</sup> предлагает в этих случаях больничному учреждению обращаться в суд, что вызывает у врачей скептическое отношение, зная наш порядок судопроизводства. Таким образом, детям отказывают в праве на жизнь. Необходима дальнейшая разработка законодательства и определения конкретных ситуаций, когда врач может произвести оперативное вмешательство, невзирая на отказ родителей. Как и многие другие, вопрос, можно ли лечить ребенка без согласия матери, давно обсуждался педиатрами и детскими хирургами. Первый отечественный профессор по детским болезням Н. И. Быстров (1898) считал: «В одном лишь мы убеждались много раз

опытом, что энергические действия к спасению жизни дитяти, спокойное и настойчивое убеждение родителей нередко оканчиваются успехом, т.е. согласием на производство операции, но предпринимать что-либо насильственно, без согласия родителей и родственников врач не имеет и не должен иметь этого права».

Противоположного мнения придерживались крупные педиатры XIX — начала XX в. К. А. Раухфус, Д. А. Соколов и др. Д. А. Соколов выступил в Обществе детских врачей Петербурга и на IV Пироговском съезде с докладом: «Имеет ли право врач делать операцию ребенку, не имея на то разрешения родителей последнего?». Убежденно и страстно звучал его голос: «Прежде всего, надо руководствоваться не волей родителей, а своими знаниями и советовать в каждом случае со своей совестью и наукой и всячески стремиться спасти жизнь ребенка» (1896). Он приводил пример: «ведь если ребенок тонет, я буду его спасать, не спрашивая у родителей разрешения». Была избрана специальная комиссия для решения этого вопроса, которая согласилась с мнением Д. А. Соколова. Однако какого-либо закона по этому вопросу тогда принято не было.

С деонтологических позиций важным следует считать вопрос о выборе больным оперирующего хирурга. В некоторых ситуациях

<sup>1</sup> «5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа».





больной может сделать такой выбор, однако это не всегда осуществимо.

Если больной и его родственники просят, чтобы операцию выполнял определенный врач и операция, действительно, может быть выполнена данным врачом, то отказывать пациенту нет никаких оснований, даже если этот врач не ведет непосредственно данного больного. Другое решение может привести к отказу больного от операции и потере времени на уговоры и объяснения, столь дорогого для больного. Только в том случае, когда врач, заслуживающий доверие своего пациента не готов к выполнению операции требуемого объема и сложности, заведующий отделением в беседе с больным и его близкими должен, подчеркнув уважение к избранному ими доктору, сказать, что в отделении имеется некоторая специализация врачей, а намеченная операция не по специальности данного врача и он, заведующий, лично обеспечит ее выполнение.

Решать такого рода вопросы нужно с соблюдением «интересов» обеих сторон (пациента и хирурга), не травмируя психику одной и не ущемляя достоинства другой стороны.

Проведена беседа, дано согласие больного на операцию и больной остается наедине со своими мыслями, вновь и вновь продумывая информацию, полученную от врача. Эмоциональные **переживания больных после сообщения им необходимости операции** можно разделить на две группы: положительного и отрицательного характера. С одной стороны, они испытывают желание быть оперированными и чувствуют уверенность в хорошем исходе, с другой — беспокойство за исход операции, страх перед операцией, наркозом, болью.

Хирург всегда может и должен бороться со страхом больного, его боязнью операции. По этому поводу А. В. Гуляев (1968) писал: «Со страхом больного перед операцией, когда он не превосходит определенных норм, можно было бы помириться, если бы дело ограничивалось самочувствием. Но многочисленные исследования по физиологии эмоций свидетельствуют о далеко идущих изменениях во всех физиологических системах под влиянием страха. При этом еще вопрос, у какого больного более гладко проходит операционный период: у трусливого, который не сдерживает

своих эмоций, или у храброго, который их не проявляет и силой воли глубоко прячет. Мы опасаемся больных последней категории, компенсирующих свои эмоции без их разрядки». Это совершенно справедливое суждение показывает, насколько важно в общей предоперационной подготовке психотерапевтическое воздействие на больного.

Страх больного нередко усиливается под влиянием «информации», которую охотно предоставляют больные, перенесшие операцию. Можно считать целесообразной практику некоторых стационаров, предупреждающих больных не вести беседы о своих болезнях с другими больными.

Кроме хирурга больной перед операцией встречается с анестезиологом. Если авторитет лечащего врача уже в предоперационном периоде, как правило, непререкаем, то анестезиолог часто воспринимается пациентом как лицо второстепенное, ведь общение их обычно непродолжительно. Тем большая ответственность лежит на хирурге в установлении доверия больного к анестезиологу. Представление о предстоящей операции у больного связано со страхом боли. Пытаясь рассеять этот страх, хирург должен обратить внимание пациента на то, что анестезиолог это главный союзник в борьбе с болью. Таким образом, с одной стороны, удастся успокоить больного и пощадить его психику, а с другой — заранее подготовить визит анестезиолога.

Наступает **день операции**. Больной все время должен ощущать заботу лечащего врача. Н. Н. Петров рекомендовал обязательно зайти к нему в день операции. Больного нельзя оставлять утром долго ждать начала операции. Самый тяжелый и опасный невроз в смысле срыва компенсаторных реакций — это невроз ожидания.

Больной должен быть доставлен в операционную в сопровождении медицинской сестры и сразу же уложен на операционный стол. Недопустимо ожидание больным в операционной и предоперационной, когда он может видеть последствия предыдущей операции (окровавленные простыни, кровь на полу, столе и т. д.).

Известно, что строжайшее соблюдение и пунктуальное выполнение правил асептики и антисептики — «альфа и омега» хирургии, одно



из непереносимых условий работы хирургического отделения. Воспитанный на принципах асептики и антисептики хирург, в силу сформировавшейся привычки, даже скорее подсознательно, рефлекторно стремится выполнять все манипуляции в резиновых перчатках, а их отсутствие ощущает как неприятный и опасный дефект в работе. Такой хирург никогда не позволит войти в операционную, не переодевшись в специальную одежду и, тем более, без шапочки и маски. И, конечно, следуя педантично этим правилам, он требует выполнения их своими помощниками, равно как средним и младшим медицинским персоналом. К сожалению, нередко еще можно видеть в клиниках и отделениях неопрятно одетых студентов и молодых хирургов — без шапочек, в мятых несвежих халатах, с ярким маникюром и обилием украшений. Это прямое свидетельство не только дефектов воспитания, но и сниженной требовательности со стороны коллектива данного учреждения.



Операция (1929 г.). Художник Кристиан Шад (1894–1982)

С появлением больного в операционной должны стихнуть все посторонние разговоры, смех, чтобы больной ощущал, что все внимание находящихся в операционной, направ-

лено на него. Над входом в операционную в клинике С. С. Гирголава висело изречение из Горация: «Praesento aegrotto taceant colloquia, effugiat risus, Dum omnia dominat morbus». (В присутствии больного да умолкнут разговоры, и исчезнет смех, так как над всем господствует болезнь).

Во много раз возрастают требования в соблюдении принципов хирургической деонтологии при выполнении операции под местным обезболиванием. В этих случаях возникает дополнительная необходимость соблюдать на протяжении иногда нескольких часов корректность, выдержку и спокойствие в общении между собой хирурга, ассистентов и операционной сестры. Все разговоры сводятся к минимуму, ограничиваясь краткими указаниями ассистентам, операционной сестре. Особенно не допустимы критические замечания хирурга по адресу присутствующего персонала, качества инструментов и самого больного.

**Послеоперационный период** в деонтологическом смысле является не менее важным по сравнению с двумя другими, предшествовавшими ему. При этом особенно важно помнить о соблюдении медицинской этики в раннем послеоперационном периоде. Как правило, пациенты сразу же после операции помещаются в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Согласно штатному расписанию и регламенту работы этого отделения главными специалистами здесь являются заведующий отделением и дежурные врачи — реаниматологи. Таким образом, на какое-то время, нередко продолжительное, непосредственными кураторами оперированного больного становятся эти специалисты. Однако, как показывает опыт, именно в этом отделении больной жаждет видеть, прежде всего, своего лечащего врача-хирурга, получить из его уст первую информацию, теперь уже окончательную и наиболее достоверную. Понятно, что такая информация может восприниматься больным осознанно только на следующий день после операции. В первые часы и сутки он должен получать максимальный покой, бережное и щадящее отношение в плане охраны его психики и постнаркозного сна. Считаем излишним подробно освещать все условия, которыми



располагает ОРИТ для максимального достижения перечисленных задач. Известно, что это отделение является важным функциональным подразделением любого хирургического стационара и все его сотрудники, не только врачи-реаниматологи, но также медсестры и младший персонал должны быть полностью посвящены во все нюансы и особенности хирургической деонтологии.

Врачам хорошо известно, что напряженное ожидание улучшения у больных бывает так сильно, что организм мобилизует все свои ресурсы и больной чувствует себя лучше, даже если улучшения на самом деле нет. Вольтер утверждал: «Надежда выздороветь — половина выздоровления».

Почти все больные положительно реагируют на ободряющие слова хирурга. Даже если в разговоре с ним они, казалось бы, отвергают их. М. М. Дитерихс приводит пример, хорошо иллюстрирующий это: «А вы знаете, доктор сказал, что мне лучше», — вот какими словами встретил фельдшерицу старый, высохший, приговоренный к безусловной смерти в самом близком будущем известный пессимист-адвокат часа через два после посещения хирурга, во время которого он на ободряющие фразы последнего сумрачно отвечал: «Не тратьте вашего красноречия, доктор, обмануть вам меня не удастся, — я сам хорошо знаю, что безнадежен, и ваша операция мне ни черта не дала».

В течение всего времени нахождения больного в ОРИТ лечащий врач-хирург должен быть постоянно ориентированным в состоянии и самочувствии своего больного, осуществлять его курацию в согласии с назначениями дежурного реаниматолога.

После перевода больного в общехирургическую палату начинается завершающий этап его пребывания в стационаре. В зависимости от существа его заболевания, а также характера и объема выполненной операции этот этап может иметь различную продолжительность. Однако во всех случаях он сопряжен с необходимостью выполнения перевязок, нередко пункций различных полостей, иногда вскрытия постинъекционных абсцессов и т. д. В связи с этим возникает необходимость предупреждения не только психогенной травмы, но также и физической

боли. При планировании перевязки или манипуляций другого вида хирург обязан позаботиться о своевременном введении пациенту аналгетических препаратов. Перевязка должна осуществляться таким образом, чтобы в следующий раз при слове «перевязочная» у больного не возникало чувства страха, а напротив, он спокойно и осмысленно воспринимал, что это совсем безболезненная и необходимая ему манипуляция.



*Операция по поводу аппендицита в Военном госпитале на Endell Street (Лондон). Художник Фрэнсис Додд (1874–1949). Весь персонал госпиталя состоял исключительно из женщин-медиков. Госпиталь действовал с 1915 по 1919 г.*

В некоторых хирургических отделениях необоснованно сокращают применение противоболевых средств из-за экономии препаратов или боязни привыкания к препарату, что с деонтологических позиций совершенно не правильно. Кроме того, это является нарушением пункта 4 статьи 19 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где сказано, что пациент имеет право на «облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами». Послеоперационные боли лишают больного сна и отдыха и утяжеляют его состояние. Хорошо, чтобы каждый хирург помнил старинную латинскую пого-



ворку: «Божественное дело — успокаивать боли».

В день выписки, желательно, чтобы врач встретился с больным, спросил его, какие он имеет претензии, дал рекомендации, пожелал здоровья. Противоречит правилам деонтологии такая практика, когда без всяких напутствий сестра передает больному выписные документы.

Хотелось бы, чтобы больной, покидая любое хирургическое отделение, мог сказать: «Я был в храме, где человеческое горе превращают в человеческое счастье».

### Литература:

1. Бондарев А. А. Автономия врача и пациента в хирургической практике. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. к. м. н. Волгоград, 2006.
2. Бидлоо Н. Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре. М., 1979. 592 с.
3. Бунятян А. А., Выжигина М. А., Мещеряков А. В. Деонтология в анестезиологии // Деонтология в медицине / Под ред. Б. В. Петровского. М., 1988. С. 238–263.
4. Введение в биоэтику: Учебное пособие / Под ред. проф. Б. Г. Юдина и к. ф. н. П. Д. Тищенко / М.: Прогресс–Традиция, 1998. 382 с.
5. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сб. официальных документов / Под ред. В. Н. Уранова. М., 1995. 96 с.
6. Гиппократ. Избр. книги / Пер. с греч. В. И. Руднева. М., 1936. 736 с.
7. Гуляев А. В. Вопросы деонтологии в медицине // Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М.:1970. С. 71–81.
8. Дитерихс М. М. Душа хирурга. Л., Практическая медицина, 1925, 60 с.
9. Кассирский И. А. О врачевании. Проблемы и раздумья. М.,1970, 272 с.
10. Лучкевич В. С., Микиртичан Г. Л., Суворова Р. В., Шенилов В. В. Проблемы медицинской этики в хирургии. СПб, 2000,378 с.
11. Оппель В. А. Организация работы в хирургическом отделении. Л., 1926. 210 с.
12. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1946. 62 с.
13. Петров Н. Н. Мои советы молодым ученым-хирургам // Вестник хирургии. 1956. № 1. С. 5–7.
14. Пирогов Н. И. Вопросы к жизни. Дневник старого врача // Соч. Т. 2. Киев: Изд. Пироговского т-ва, 1910. 681 с.
15. Пирогов Н. И. О трудностях распознавания хирургических болезней и о счастье в хирургии // Собр. сочинений в 8 томах. Т. 4.: М., : 1960. С. 151–199.
16. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. М.: Практика,1994. 208 с.
17. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 23 ноября 2011 г.

## НОВОСТИ

### КУРГАН

30 июня 2013 г. в День всех святых состоялся выезд Общества православных врачей Кургана в приход св. Прокопия Устюжского села Чернавское, для оказания медицинской и психологической помощи и поддержки прихожан. После праздничной Литургии был организован прием прихожан в фельдшерском пункте. Люди смогли пройти кардиограмму, получить консультации терапевта, кардио-

лога, проверить зрение и обследоваться у окулиста. Также жители села Чернавское получили возможность показать своих детей опытному педиатру, проконсультироваться у православного психолога по способам избавления от зависимостей (нарко-, табако-, алко-, игромания) и другим вопросам.

Подобные выезды имеют своей целью поддержание морального и физического здоровья людей в приходах, отдаленных от областного центра.

Жители села выразили благодарность всем врачам, которые посвятили свой выходной день делам милосердия и заботы о ближнем, и настоятелю храма во имя св. Прокопия Устюжского иерею Павлу Балину за организацию приема врачей.

По материалам сайта Курганской и Шадринской епархии  
[www.kurgan.orthodoxy.ru](http://www.kurgan.orthodoxy.ru)