

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Минздравсоцразвития России

Институт последипломного образования

Кафедра Анестезиологии и реаниматологии ИПО

### **ВВОДНАЯ ЛЕКЦИЯ**

по дисциплине «Анестезиология - реаниматология»

для специальности 040103 – Анестезиология - реаниматология  
(общее усовершенствование)

**ТЕМА: «Организация анестезиолого-реанимационной помощи в РФ. Правовые основы Российского здравоохранения. Деонтология и врачебная этика в хирургии, анестезиологии и реаниматологии.»**

Проф. А. И. Грицан

Заведующий кафедрой Анестезиологии и реаниматологии ИПО

д.м.н. профессор \_\_\_\_\_ А.И. Грицан

Составитель:

д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Грицан А.И.

**Цель лекции:** ознакомить курсантов с этическими и деонтологическими принципами работы в ОАРИТ и ответственностью медицинских работников этих отделений, а также с организацией анестезиолого-реанимационной помощи в РФ. Правовые основы Российского здравоохранения.

**План лекции:** - введение;

- принципы поведения и взаимоотношения персонала в отделениях ОАРИТ;
- этические аспекты внедрения новых методов анестезии и интенсивной терапии;
- этические принципы подбора кадров в ОАРИТ;
- особенности психоэмоционального состояния больных в ОАРИТ;
- деонтологические аспекты работы анестезиолога-реаниматолога;
- особенности поведения персонала ОАРИТ в критических и неотложных ситуациях.

Касаясь самого содержания понятий, обозначаемых термином «деонтология» и, в частности, медицинская или врачебная деонтология, следует признать, что полной ясности здесь нет. Обычно врачебная деонтология отождествляется с так называемой врачебной этикой, однако и последняя не имеет точного определения. В специальном руководстве Молля (А.Молль. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности. Русск. перевод под ред. Я.Левинсона, СПб, изд. А.Маркса, 1903, с.4), врачебная этика определяется как учение о нравственной ценности поступков врача в сфере его профессиональной деятельности. По свидетельству того же Молля: «Иные предлагали издать особенный «Codex deontologicus» в виде как бы свода обязательных этических постановлений по врачебной части. Однако идея эта не осуществилась, вероятнее всего потому, что составители не сумели достаточно четко подчеркнуть того самого главного, что общество и государство в праве требовать от врача в дополнение к его профессиональным знаниям и технической сноровке. Мы имеем в виду принципы организации врачебной работы в больницах и клиниках, где она производится коллективами врачей и их помощников, принципы учета врачами психики своих больных, вопросы права врачей на лечебные и диагностические эксперименты, вопросы осознания врачами их человеческого и врачебного долга перед больными,веряющими им свою жизнь, а тем самым и благосостояние своей семьи. Взамен таких истинно деонтологических, широких общественных интересов, чаще всего выдвигались в прошлом, да и сейчас продолжают в отдельных случаях выдвигаться на первый план под видом «врачебной этики» – сословные и личные интересы самих врачей, иногда чисто материальные, иногда – научно-карьерные или служебно-карьерные интересы, лишь отчасти скрашенные требованиями общечеловеческой этики, т.е. корректного отношения врачей друг к другу, воздержания от нарушений общих требований нравственности по отношению к больным и вообще – от

поступков, обладающих отрицательной нравственной ценностью, каковы, например, реклама, корыстолюбие, и заведомый обман».

Не трудно понять, почему именно анестезиологическая и хирургическая работа, для полноценного её осуществления, больше чем какая-либо другая область медицины, нуждается в соблюдении обязательных правил специально продуманной и прочувствованной деонтологии. Действительно, именно в области хирургии и анестезиологии-реаниматологии, почти всякое активное действие врача, а нередко и среднего медперсонала, таит в себе немалые опасности для пациентов, начиная от физической боли и угрозы инфекции до тяжелых психических травм и осложнений, и даже гибели больных.

Мы полагаем, что каждый врач обязан приложить максимум усилий к тому, чтобы стать более полезным людям и обществу, чем более или менее искусным врачом, а именно стать полноценным действующим и мыслящим врачом всего человека, т.е. всего комплекса физической и психической личности, составляющей цельного человека.

Медицина, особенно «агрессивная» – хирургия и анестезиология-реаниматология, одна из тех областей человеческой деятельности, когда особенно близко соприкасаются теория и практика, где практика особенно часто приводит к созданию теорий, в большинстве своем, по крайней мере на первых порах – ошибочных, а теории особенно охотно претворяются в практику, в большинстве случаев слишком поспешную и прямолинейную.

Основная задача всякой медицинской деонтологии состоит в том, чтобы постоянно напоминать нам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные люди – пользе медицины. На первый взгляд такие напоминания могут показаться излишними – до такой степени это ясно само собой. Однако опыт показывает, что подобные напоминания важны не только в медицине, но во всех отраслях человеческой деятельности, где любые специалисты – юристы, ученые, администраторы и другие слишком легко переоценивают роль своей специальности, забывая тех, кому она должна служить.

Конечно, медицина извлекает и должна извлекать пользу для своего прогресса от изучения и лечения больных и, в частности, от тех ошибок, которые совершаются при этом изучении и при лечении болезней. Однако каждое врачебное действие по отношению к больному должно руководствоваться, безусловно, в первую очередь интересами больного. Совершенно не допустимо пренебрежение этими интересами, якобы в интересах науки, а на самом деле – в интересах тщеславия и мелкого самолюбия людей, желающих показать себя научными работниками.

Деонтологические соображения должны пронизывать всю хирургическую и анестезиологическую работу, все её отделы, как начертание букв, орфография и грамматика пронизывают всякую литературную работу. Самые большие, богато оснащенные хирургические и анестезиолого-реанимационные клиники также нуждаются в соблюдении принципов деонтологии, как маленькие провинциальные отделения. Глубоко

продуманная организация работы в отделении или клинике любой специальности играет первоочередную роль для правильного решения задач деонтологии.

Каковы же принципы поведения, нужные для врачей и какие взаимоотношения между ними, чтобы хирургия и анестезиология в их выполнении была наполнена заботой о человеке, оказывалась благодеянием для тех, кто вынужден искать её помощи, и не превращалась в жестокость?

В течение всей своей деятельности врач должен вдохновляться стремлением к «художественности» своей работы. Эта художественность состоит не только в том, чтобы достигнуть максимальной, доступной каждому по его дарованиям, мыслительной эрудиции, красоты и быстроты в работе, но и в том, чтобы эти результаты достигались при обязательном условии сохранения полной внутренней разумности совершаемых действий, чтобы не считалось за красоту внешние эффекты, чтобы не гнаться за быстротой манипуляций и операций ценою самоуверенных, стремительных, грубых движений, угрожающих тяжелыми побочными повреждениями плевры, сосудов, нервов, сердца, гортани и т.д.

Истинная художественность работы не совместима, конечно, ни с тяжелой болезненностью её производства для пациента, вплоть до шока, ни с широтой манипуляций, ни с грубыми травмами тканей, ни с побочными повреждениями, которых можно было бы избежать, ни, тем более, со смертельным исходом в связи с нею. Встречаемое иногда суждение «анестезия была проведена прекрасно, но больной от неё умер» звучит такой же нелепостью, как звучало бы заявление, что «тот или иной дом был выстроен прекрасно, но в результате постройки развалился». Никогда врач не должен при этом успокаиваться на мысли о несчастной случайности, такая позиция не поможет ему избежать подобных «несчастий» в будущем.

Всегда нужно доискиваться, в чем же была ошибка? Что не было предусмотрено? Чаще всего корень зла лежит в неверном или неточном диагнозе, или в технических дефектах, вызванных недостаточным знакомством с нормальной или с патологической физиологией, анатомией данной области или системы, с патофизиологией организма при данном заболевании или состоянии.

Надо лучше готовиться к анестезии, надо чаще просматривать специальные журналы и разделы интернета, перечитывать монографии и руководства, посещать заседания научных обществ и конференций. Врач должен помнить, что операция, интенсивная терапия и анестезия – это атака на болезнь, причем командир – это он сам, а бойцы – его помощники и сам больной. Хорошо подготовленная и проведенная атака почти всегда удается, а не подготовленная срывается.

Подготовка к операции должна быть проведена по всей цепочке – от оперирующего хирурга, консультантов, анестезиолога-реаниматолога и до больного включительно – только тогда операция пройдет, действительно художественно и операционная атака закончится победой, то есть выздоровлением больного.

В художественной литературе (Ю.Слезкин «Брусилов», изд. «Советский писатель») мне встретилась совершенно правильная мысль, что недостоин звания офицера тот командир, который не уважает своих солдат. В не меньшей мере недостоин звания врача анестезиолога-реаниматолога специалист, не уважающий своих товарищей по совместным атакам на болезни, то есть своих помощников от велика до мала, и больных, которые являются главными бойцами при этих атаках.

Точно также не может быть художественной операция и анестезия, если она сопровождается проявлениями дурных сторон человеческого характера: ругательствами, криками или грубыми замечаниями между больным и анестезиологом, хирургом и анестезиологом или между отдельными лицами персонала в операционной и палатах интенсивной терапии.

Ведущие специалисты, подающие пример своим ближайшим сотрудникам, да и вообще все хирурги и анестезиологи, обязаны позаботиться об очищении своей речи от выражений и словечек, на первый взгляд незначительных, но по существу, характеризующих известное умозаключение врачей, в чьих глазах пациенты люди второго сорта, ничтожный объект для испытания врачебной науки.

Не надо думать, что слова пустяки, не в словах дело, от слова не станется и т.п. Слова человека выражают его мысль, а мысли порождают действия, иногда с печальными последствиями для больного. Кроме того, услышанное, а в особенности повторно, больным слово врача, может стать сильным раздражителем и породить иногда очень тяжелые и длительные условные рефлексy подавляющего характера. Поэтому чуткий врач должен отучать себя от всяких грубых и уничижительных слов для обозначения в присутствии больного его болезни, частей его тела, а в особенности того состояния, в котором находится больной. Например, никогда не следует говорить больному о наступившем истощении, отрицательной динамике его функций, о множественных метастазах, о невозможности оперативного лечения и т.п.

Совершенно обязательно отучить себя от замены слова «больной» термином «случай». Даже во время операции, проводимой под наркозом, следует воздержаться от подобных замечаний. Опытные анестезиологи не раз отмечали случаи, когда после наркоза больные рассказывали подробности операции в период, когда они как будто бы спали и не должны были что-либо слышать. Трудности контроля состояния сознания во время анестезии, особенно с использованием мышечных релаксантов, известны. Не зря у анестезиологов-реаниматологов существует шуточный, но совершенно правильный афоризм: «Не рассказывай во время наркоза анекдоты, ибо и у больного есть уши».

Больной – это всегда человеческая личность со всеми её сложными переживаниями, а отнюдь не безличный случай. Особенно надо отучать себя от обозначения больных людей, как случаи, подходящие или неподходящие для той или иной операции, наркоза и анестезии. Мы всегда должны искать

способы лечения, подходящие для тех или иных больных, но не искать больных или «случаев», подходящих для каких-либо лечебных методик и приемов. И если хирурги говорят о больных, подходящих для данной операции, то это не только неправильность речи, а отражение установки хирурга, заинтересовавшегося какой-либо операцией и начинающего искать подходящий «человеческий материал». На первом плане перед ним рисуется операция и только на втором – пациент. Отсюда иногда возникает необоснованное расширение показаний к оперативному лечению или объему операции. Это и есть нарушение основного закона деонтологии в хирургической клинике – «хирургия для больных, а не больные для хирургии». Сказанное в полной мере относится и к анестезиологам-реаниматологам.

Очистка нашей речи от таких неправильностей постепенно очистит от них и наши мысли, а тем самым – и наши действия.

Врач должен помнить, что в работе, как и вообще в жизни, существуют два способа, чтобы стать выше окружающих. Один из этих способов, более трудный, основан на том, чтобы самому подняться как можно выше в своих знаниях и умениях, в своей добросовестности к делу, в способности сопереживать больному человеку и стремлении ему помочь. Другой способ, он более легкий, основан на стремлении принижать и устрашать людей вокруг себя.

Однако только первый способ действительно повышает человека, делает его более ценным для коллектива лечебного учреждения и общества в целом. Второй же способ, хотя и может придать человеку ореол «важности», недоступности, но не только не поднимает его на более высокую ступень, а, наоборот, низводит на более низкую, уменьшает его ценность для общества, иногда делает его опасным для пациентов.

Конечно, в жизни нередко встречается сочетание обоих, только что упомянутых способов, в одном лице. Человек, действительно достигнувший превосходства, постоянно дает его чувствовать всем, с кем имеет дело. Для организации работы такое сочетание имеет свою хорошую сторону: оно облегчает поддержание необходимой трудовой дисциплины. Однако имеется и сторона отрицательная: «важность» и заносчивость руководителя порождает низкопоклонство, угодливость и лесть со стороны подчиненных. А где лесть, там и обман, а где обман – там плохие условия для исправления ошибок, для действительного прогресса.

Тот руководитель, который нашел в себе силы реально подняться над своим окружением, обязан найти в себе силы и для поднятия над самим собой, над теми свойствами, которые мешают ему стать простым и близким для всех сотрудников и пациентов.

Наибольшие трудности для добросовестного решения представляет вопрос о праве и обязанности врача внедрять в обиход своего учреждения новые операции, манипуляции, методы анестезии и интенсивной терапии, которые ещё далеко не признаны и мало апробированы. Такие действия вполне оправдываются принципами деонтологии только в тех учреждениях,

где они могут сопровождаться систематическими научными наблюдениями, позволяющими объективно судить об их эффективности. Массовое воспроизводство таких методик и манипуляций в короткие сроки, явно направленное к накоплению материала для «научного» доклада или диссертации, при лишь поверхностном наблюдении, должно быть признано антидеонтологическим.

Подобное отношение к делу свойственно не только начинающим, но нередко и очень опытным врачам. Вот что можно прочесть на эту тему у Н.И.Пирогова в его книге «Вопросы жизни. Дневник старого врача» (Сочинение Н.И.Пирогова, т. 2, стр. 480. Посмертное издание. СПб. 1900): «В бытность мою за границей я достаточно убедился, что научная истина далеко не есть главная цель знаменитых клиницистов и хирургов. Я убедился достаточно, что нередко принимались меры в знаменитых клинических заведениях не для открытия, а для затемнения научной истины. Было везде заметно старание подать товар лицом. И это было ещё ничего. Но с тем вместе товар худой и недоброкачественный продавался за хороший, и кому? Молодежи – неопытной, незнакомой с делом, но инстинктивно ищущей научной правды. Видев все это, я положил себе за правило, при первом моем вступлении на кафедру, ничего не скрывать от моих учеников, и если не сейчас же, то потом и немедля открывать перед ними сделанную мною ошибку, будет ли она в диагнозе или в лечении болезни».

Решаясь на производство трудных, ещё недостаточно изученных операций, хирург, по мнению Н.И.Пирогова (там же, стр.478), должен полагаться на свою совесть – «другого средства нет». А дальше читаем: «Но хирург в этом случае не всегда может полагаться и на свою совесть. Научные, не имеющие ничего общего с нравственностью занятия, пристрастие и любовь к своему искусству действуют и на совесть, склоняя её так сказать на свою сторону». Ни научные сведения оператора, ни цифры медицинской статистики не приносят, по мнению Н.И.Пирогова, твердых решений.

Ещё в 17-м веке английский врач Сайднхэм высказал приблизительно ту же мысль, говоря, что врач должен обходиться с каждым больным так, как он хотел бы, чтобы обходились с ним самим при аналогичном заболевании. К анестезиологам-реаниматологам, оказывающим помощь больным в критических для них ситуациях, это положение ещё более важно.

В число обязательных качеств врача, особенно врача педагога, входит постоянная готовность признавать свои ошибки и недостаточность своих знаний. Есть врачи, которым кажется, что они все знают, их ничем не удивишь, им все доступно и никогда они не ошибаются. Такая позиция свидетельствует о невысоком идейном уровне подобных лиц, она мешает их прогрессу и закрепляет за ними их ошибки к вреду, как для них самих, так и для их пациентов и их учеников, получающих таким образом плохой пример. Систематические гласные обзоры сделанных ошибок в присутствии сотрудников и учащихся студентов, и врачей – это одно из лучших средств

предупреждения ошибок в будущем, для воспитания хорошо подготовленной к прогрессу врачебной молодежи.

Врач – заведующий отделением – обязан понять, что его священным долгом, одной из основ всей его деонтологии, являются постоянные и самые активные заботы о достаточном снабжении его отделения и что эти заботы должны делить с ним помощники по административно-хозяйственной и медицинской линии – старший ординатор и старшая сестра отделения. Между тем приходится видеть, безусловно, добросовестных и несомненно талантливых врачей, которые мирятся с дефектами организации своих отделений и предпочитают посылать за каждой внезапной потребностью в аптеку, в операционную или другие отделения, чем наладить планомерное снабжение своего отделения. Такие заведующие отделениями нарушают требования врачебной деонтологии. Они должны ясно понимать это и тогда они, конечно, исправятся и будут полностью вознаграждены за свой труд сознанием, что выросла сумма приносимой им пользы. Достаточность снабжения отделения всем необходимым во многом зависит от активности лечащего врача, настойчиво ставящего в известность о нехватках заведующего отделением, а последний, в свою очередь, - администрацию и фармакологический комитет лечебного учреждения.

Немало вреда в клинике приносит искусственное выдвижение того или иного помощника, не оправдываемое квалификацией или особенными, очевидными для всех исключительным усердием и способностями этого лица к клинической работе. Между врачами, близкими друг другу по квалификации, работа должна быть распределена приблизительно равномерно, именно во избежание столь опасных в работе зависти и злорадству между сотрудниками. Авральная работа по оказанию помощи больным в критических ситуациях, с которой ежедневно сталкиваются анестезиологи-реаниматологи, требует единого, слаженного коллектива, в котором нет места недоверию и недоброжелательности, где каждый должен с полной отдачей помогать друг другу. Только в этом случае может быть оказана эффективная помощь больным и пострадавшим и уменьшена, и так очень высокая, психологическая нагрузка на врачей и медицинских сестер. «Раздрай» в коллективе всегда ухудшает результаты лечебной работы и отрицательно сказывается на здоровье самих медицинских работников.

Немало конфликтов возникает в больницах, где осуществляются педагогические задачи и обучаются студенты и врачи, клинические ординаторы и аспиранты. Конечно, как прикомандированные врачи, превращающиеся в фактических ординаторов, естественно, должны быть допущены к ассистенции и самостоятельной работе под наблюдением руководителя клиники или кафедральных ассистентов. В тоже время, врачам курсантам должна быть разъяснена мысль, что анестезиология и реаниматология не спорт, а больной человек – не объект эксперимента. Анестезировать и проводить интенсивную терапию имеют право только те врачи, которые изучили больного до операции и берут на себя систематическое наблюдение за ним, хотя бы в роли субординаторов и

интернов, после операции. Как деонтологические, так и педагогические задачи клиники резко нарушаются появлением безответственных врачей, впервые видящих больного, когда он уже лежит на операционном столе, и забывающих о нем тотчас по выходе из операционной. Поэтому право производить некоторые манипуляции и анестезии в клинике под надлежащим руководством может быть предоставлено только тем обучающимся врачам, которые курируют своих больных, а ни в коем случае не тем, которые ограничиваются посещением лекций, семинаров, обходов и операционных.

Первые шаги в клинике, направленные в сторону ежедневных упражнений в углубленной диагностике и сугубо внимательной ассистенции при анестезиях и реанимациях, частые посещения анестезий, проводимых квалифицированными анестезиологами-реаниматологами, вдумчивое изучение литературы и ежедневные деловые записи в историях болезни – вот несравненно лучший фундамент для прогресса молодого врача, чем погоня за сложными анестезиями, слишком часто преисполненными ошибок как в показаниях и выполнении, так и в учете противопоказаний. Если в чем и надо соревноваться между собой начинающим врачам, то, прежде всего, в точности поставленных диагнозов, в выведенных из них лечебных показаний, в искусстве производства простых методов обезболивания и наркоза, но отнюдь не в числе проведенных больших анестезий и сложных манипуляций.

Совершенно особое место в работе отделения занимает анестезиологическая сестра, а если их несколько, то старшая анестезиологическая сестра. Вместе с анестезиологом она представляет собой один из жизненно необходимых органов лечебного учреждения. Погрешности в её работе приводят к самым тяжелым последствиям. Наоборот, умелая и добросовестная её работа поднимает престиж того учреждения, где она работает.

Анестезиологическая сестра должна быть грамотным человеком и не только знать специальную мониторинговую, дыхательную и наркозную технику, но понимать смысл своих, часто очень ответственных действий. Мало этого – она должна быть преисполнена стремления к расширению своих знаний и умений, вкладывать всю душу в дело их претворения в жизнь; она должна, даже после многих лет работы, не переставать учиться, читать учебники, большие руководства, предназначенные для врачей, специальные журналы по разделам своей работы. И этого мало – она должна быть организатором своей работы, уметь находить нужные для неё лекарства, инструменты и предметы, уметь добывать их и держать под рукой.

Психика больных в палатах подвергается особым опасностям во время обходов врачей. Здесь иногда с легкостью произносятся устрашающие диагнозы, подчеркиваются множественность нарушений гомеостаза и функций органов (например, говорят: «больной перенес клиническую смерть» или «у больного полиорганная недостаточность», «больной не перенесет операцию» и т.д.). При этом забывается личность больного. В результате этого у больных возникают самые тяжелые переживания, а иногда

даже истерические припадки или глубокие депрессии. Что именно надо говорить в каждом конкретном случае – этого предусмотреть, конечно, нельзя. Но, помня деонтологию, врач легко найдет подходящие слова. Для этого себе надо только представить, что перед нами не безличные и безразличные случаи, а больной человек, которому хочется доставить облегчение всеми возможными способами.

Но не только врачи своими разговорами тяжело ранят психику больных. Заходящие в палату сестры и санитарки нередко громко разговаривают, рассказывают, что они видели на операции, как какой-то больной чуть не умер от кровотечения из-за того, что была поранена артерия, а у того-то вскрылась кишка или возникла гипоксия из-за отказа респиратора. Недавно пришлось услышать, как сестра, пришедшая на смену, громко на всю палату спрашивает у ночной сестры: «А эта старуха ещё не померла?» Надо твердо внушить персоналу, чтобы никто травмирующих слов не произносил, не пускался перед больными в объяснения по поводу операций, анестезий и перспективах лечения. А если спросит сам больной, то говорить ему: «Я многого не понимаю, спросите своего врача – он объяснит вам правильнее».

Из места угнетающих психических переживаний палаты должны быть, как можно чаще превращаемы в место отрадных переживаний и возвращения пошатнувшихся надежд. Это достигается частыми «неофициальными», т.е. внеобходимыми посещениями врача для дружеской доверительной беседы и повторного осмотра больных. Особенно ценны и прямо необходимы для душевного покоя больных такие посещения врача накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до неё, так и после. До операции – чтобы окончательно проверить подготовку и одобрить больного перед операцией, обрисовать ему ожидаемые реакции и результаты, заручится его твердым согласием. Иногда доброе слово врача на данном этапе важнее самой мощной премедикации. В таких случаях уже после операции больные часто говорят примерно такие слова: «Доктор, вы взяли меня за руку, сказали несколько слов, и я сразу успокоился, с легкой душой поехал в операционную». После операции – чтобы изложить больному её результаты в возможно более благоприятном свете и дать ему почувствовать, что он не забыт, а, наоборот, продолжает находиться в центре интересов врача.

Самые разнообразные, незнакомые и даже неожиданные переживания возникают у больных в ближайшее время после операции и действуют на них угнетающе. Несколько компетентных слов врача достаточно, чтобы рассеять эти тяжкие переживания, заменить их спокойной уверенностью в успешности проведенной операции и последующего лечения, настроить эмоциональную и нервную систему больного на благоприятное течение послеоперационных процессов заживления ран и реабилитационных процессов.

Работа в операционной, это, конечно, основной пробный камень для суждения о постановке деонтологически правильного подхода к больному в смысле охраны его психики.

Первый вопрос, обычно привлекающий к себе недостаточное внимание, состоит в том, когда и кто должен приглашать больного в операционную и как доставлять его туда. Очень нехорошее впечатление оставляют случаи, когда больного приводят в операционную раньше, чем им там могут заняться. И больной уже сидит в операционной на табурете или лежит на каталке, а иногда даже на операционном столе, в то время, когда хирурги ещё только собираются в операционную или приступают к мытью рук и одеванию стерильных халатов, а анестезиологи не подготовили к работе свою аппаратуру и инструментарий. Иногда при этом больной ежится от холода, страдает от твердого своего ложа и уже слышит возле себя стоны своего соседа, назначенного на операцию одновременно с ним, или видит производимые соседом интубацию трахеи, искусственное дыхание, наркоз и производство катетеризации крупных сосудов.

Любому ясно, что такие картинки крайне отрицательно влияют на психоэмоциональное состояние больных, а иногда приводят даже к внезапному отказу от операции.

Только профессиональное привыкание и душевное огрубление могут позволять врачам мириться со зрелищем ими самими создаваемого, ничем не оправданного пренебрежения интересами больного в операционной.

Безусловно, желательно производить в одной операционной одновременно только одно оперативное вмешательство и совершенно необходимо доставлять больного в операционную только тогда, когда там уже все готово для анестезии и операции.

Как же этого достигнуть? Для этого надо твердо установить, что больного приглашает в операционную никто другой, как тот анестезиолог, который будет производить обезболивание и в тот момент, когда все нужное для анестезии и операции уже приготовлено. Ни оператор, ни его ассистент, ни любой случайный сотрудник, а именно анестезирующий больного врач дает распоряжение доставить больного в операционную, разумеется, по соглашению с хирургом. Иначе нет уверенности, что анестезию можно будет начать сразу, не подвергая больного томительному ожиданию. Если местное обезболивание проводит сам хирург или его ассистент, то, разумеется, они же распоряжаются и приглашением больного в операционную.

Никогда не следует усаживать больного в уголке предоперационной или операционной, в ожидании, пока освободится операционный стол, пока с него будут сняты окровавленные простыни и вытерта кровь на столе и на полу вокруг операционного стола. Зрелище крови, пролитой при предыдущей операции, подавляет психику больного, ожидающего операции на самом себе. Об этом надо помнить и избавлять больных от таких переживаний. Даже студенты, наблюдающие такую картину в операционной, иногда падают в обморок. А что говорить о больном?

Больные, доставляемые в операционную, должны быть в чистом белье. Смотря по уровню и характеру операции белье должно быть снято с больных в предоперационной. Снятие белья и связанное с этим его перетряхивание в самой операционной недопустимо по соображениям

асептики. Белье на больном должно быть заменено чистой простыней. Ни в коем случае недопустимо чтобы больной шел по операционной до операционного стола совершенно голым. В таком ни для чего не нужном оголении одного человека среди других, одетых людей, проявляется грубое неуважение к его человеческой личности и таким образом возникает, даже не считая опасности простуды, тяжелая психическая травма для больного.

Итак, больной, своевременно вызванный и доставленный в операционную, уже помещен на операционном столе. С появлением больного в операционной обязательно должны стихнуть все посторонние разговоры, должен замолкнуть смех, чтобы больной ощущал, что он центр внимания врачей и их помощников. Этот момент таит в себе некоторые особые опасности в тех операционных, где ведется преподавание и где, следовательно, преподаватель должен довести до слушателей, каков характер заболевания и какие намечены действия.

Только что указанный конфликт разрешается очень легко: достаточно подробное разъяснение о болезни должно быть дано слушателям в учебной комнате или тут же в операционной за несколько минут до появления больного, а в его присутствии следует ограничиваться самыми короткими указаниями, понятными только в связи с прочитанными данными. Никакие вопросы слушателей по поводу опухолей, инфильтратов, язв, трудностей и осложнений анестезии, обнаруженных уже до операции или во время её не должны получать ответов, если больной не усыплен.

Также недопустимы в это время громко высказываемые врачами по адресу персонала слова неудовольствия по поводу отсутствия нужных лекарств, инструментов, неисправных наркозно-дыхательных аппаратов, мониторов, негодных шприцов, «гнилых ниток» и т.п. Всякие такие замечания, улавливаемые повышенно чутким слухом больного, естественно, бросают его в трепет за возможно вредные последствия от такой работы на его теле недоброкачественными орудиями.

В связи с этим, подготовительная работа до операции по подготовке и проверке аппаратуры, инструментария, медикаментов и материалов должна быть резко усилена, а карательные мероприятия в связи с обнаруживаемыми дефектами должны быть целиком вынесены из операционной в другие помещения и отложены до конца анестезии и операции.

Привязывание больных к операционному столу перед началом наркоза ремнями, манжетами для рук и ног должно производиться с обязательным предупреждением больного и без излишнего усердия. Такое привязывание допустимо только в самом удобном для больного положении тела.

При операциях, проводимых без выключения сознания больного, под местной, инфильтрационной, проводниковой, перидуральной или спинномозговой анестезией долг врача по отношению к больному, несомненно, требует предварительной информации пациента о предстоящем способе обезболивания. Как гармоничность работы, так и психика больного и врачей в высокой степени страдают от конфликтов из-за обезболивания, разыгрывающихся в операционной.

Не предупрежденный больной, ожидавший усыпления, начинает волноваться и спорить с хирургом и анестезиологом, видя, что производят местную или региональную анестезию. Точно также человек возражает иногда в резкой форме против усыпления. Случается, что врач переходит на резкий тон разговора и дело иногда доходит до отказа от операции со стороны больного или хирурга. В обоих случаях допускается деонтологическая ошибка и резко нарушается гармония работы.

В случае решения в пользу одного из видов местного или проводникового обезбоживания без усыпления, перед врачами возникают серьезные деонтологические задачи, требующие для своего разрешения, как тщательного соблюдения технических приемов, так и определенных установок в поведении.

Казалось бы, технические детали применения обезболивающих веществ за пределами деонтологии, в области чистой анестезиологической техники и говорить о них незачем. На деле это не так. Обезболивание уже давно является для врача повседневной манипуляцией, а все повседневное легко превращается в мало обдумываемое, низводится в разряд полуавтоматических приемов, не требующих специальных подходов. Однако ведь это только для врача: для больного же всякое обезболивание, создаваемое проколами, введением анестетиков, наложением наркозной маски, это целое событие, приковывающее к себе его внимание, в особенности, если он уже раньше испытывал на себе, неадекватную местную анестезию и убедился, что слово: «обезболить» на докторском языке неразлучно с понятием: «причинить боль».

Итак, деонтология, прежде всего, требует, а в учебниках обычно не упоминают об этом, чтобы больной был точно информирован о предстоящих ему уколах для обезбоживания, установки капельницы и способах анестезии (в той части пока больной находится в сознании). Лучше всего, чтобы больной получил от других пациентов, своих соседей по палате, подвергшихся аналогичной операции и анестезии, благоприятное разъяснение об анестезии, об её малой болезненности и достаточной эффективности.

Хирург или анестезиолог достигшие высокого совершенства в умении обезболить местными или проводниковыми способами, может и должен шире применять эти методы, чем тот кто не достиг такого совершенства, но ставить перед всеми врачами задачу научиться делать под местной или проводниковой анестезией любую операцию вряд ли правильно.

Даже помимо вовсе нередких технических погрешностей инфильтрационной и проводниковой анестезии, приводящих к недостаточному обезбоживанию, а иногда даже к тканевым некрозам, вполне возможны у многих больных, оперируемых без наркоза, очень тяжелые психические переживания и резкие колебания артериального давления, нарушения со стороны вегетативной нервной системы и другие сдвиги гомеостаза, изменяющие нормальное течение операции и послеоперационных репаративных процессов.

Короче говоря, не тот врач поступает правильно, кто стремится оперировать все под наркозом, все под местным обезболиванием, или тем более, все под спинномозговой или перидуральной анестезией, но только тот, кто входит в оценку индивидуальных особенностей своих больных и их болезней и приспособливает свои действия как к этим особенностям, так и к своему индивидуальному умению. Необходим принципиальный отказ от стандартных, для всех обязательных способов обезболивания. Нужно работать, варьируя этими способами, смотря по особенностям больных и по собственной технической подготовленности врачей. Разумеется, что достичь совершенства в индивидуальном подборе методов обезболивания нельзя без глубоких теоретических знаний и постепенным овладением всех методик обезболивания.

Совершенно обязательное, и, тем не менее часто нарушаемое, деонтологическое требование к анестезиологам, дающим наркоз, состоит в том, чтобы врачи ни на минуту не отходили от своих больных во время операции и после её окончания, а оставались при них до транспортировки в палату и передачи палатному персоналу или до полного пробуждения больных. Невыполнения этого правила может иметь самые тяжелые последствия, вплоть до летальных исходов. Самый надежный мониторинг больного, это непрерывное наблюдение врача-анестезиолога. Только так можно уловить малейшие сдвиги в состоянии больных и принять срочные профилактические или лечебные меры. Любители «покурить» во время наркоза представляют реальную, иногда смертельную, угрозу для оперируемого больного.

Транспортировка больного в палату – один из самых опасных моментов. Именно в это время могут возникнуть тяжелые осложнения (ортостатический коллапс, дыхательная недостаточность, асфиксия рвотными массами и др.). Поэтому анестезиолог и сестра-анестезистка должны сопровождать больного в палату и иметь при себе все необходимое для оказания экстренной помощи (ларингоскоп, интубационную трубку, воздуховод, портативный аппарат для искусственного дыхания и др.). А после перекалывания больного с каталки на кровать, анестезиолог должен хотя бы несколько минут понаблюдать за больным, смерить артериальное давление и подсчитать пульс. И только убедившись, что ортостатического коллапса и нарушений дыхания не возникло, передать под наблюдение пациента палатной сестре или врачу.

Операции, проводимые под местной или проводниковой анестезией (вообще без усыпления больных), таят в себе немалую опасность тяжелого нарушения деонтологических требований на почве высказывания хирургом, его помощниками или анестезиологом, или присутствующими зрителями, своих впечатлений по поводу операционных находок: “Черт возьми, вскрылась кишка! Придется резецировать её” или: “По всей брюшине метастазы. Зашиваем” или: “Кажется, ранили крупный сосуд. Заливает, ничего не вижу!”. Такие и подобные замечания, произнесенные вслух, долетая до слуха и сознания больного, создают тяжелую

психоэмоциональную реакцию и тем самым, осложняют течение операционного и послеоперационного периодов, вводят оперируемого в глубокую депрессию. Элементарная заботливость о больном заставляет врачей и других, присутствующих в операционной, воздерживаться от таких замечаний и, наоборот, все время подбадривать больного повторными заявлениями, что “все идет хорошо”, “не придется делать большой операции”, “по-видимому имеется воспалительный инфильтрат, а не опухоль” и т.д. Если неподходящее замечание, сделано ассистентом или зрителями, то хирург должен нейтрализовать его одобряющим (иногда в достаточно жесткой форме: «Вы не правы ...») контр заявлением и в тоже время подать незаметный для больного знак в сторону бестактного нарушителя, чтобы дать ему понять неуместность его высказывания.

Адекватная интраоперационная терапия, как обязательное требование деонтологии, должна включать в себя не только правильно проводимые в количественном и качественном отношении гемотрансфузионные, обезболивающие и метаболические мероприятия, но и комплекс мер, направленных на предупреждение пусковых механизмов наиболее вероятных осложнений послеоперационного периода.

Одной из наиболее частых ошибок, приводящих к неадекватной или недостаточной анестезии и терапии, является шаблонный подход к лечению больных. В тоже время больные весьма неоднородны и интенсивная терапия, и анестезия должны строиться у них, прежде всего, с учетом основных патогенетических факторов и нарушений, имеющих у каждого конкретного больного, а также состояния их «души», отношения к своей болезни, настрою на выздоровление. Поднять душевные силы, вселить надежду на выздоровление и внушить доверие к себе как к лечащему врачу, одна из важнейших сторон врачебной этики и деонтологии. Для этого уже в предоперационном периоде необходимо наладить доверительные отношения с больным, достаточно полно обследовать пациента, оценить состояние его функциональных систем, характер и объем предстоящей операции. При этом важное значение имеет не столько объем обследования, сколько квалифицированная оценка всех лабораторных и клинических данных, на основании которых и строится план ведения операционного и послеоперационного периодов у данного больного. Очень важно при этом, чтобы в глазах больного в процессе вашей беседы исчезли безнадежность и тревога, и зажегся огонь надежды и веры в благополучный исход. Если этого не удастся добиться врачу, значит, он не в полной мере соблюдает правила деонтологии и шансы больного на успешное лечение уменьшаются.

Конечно, во время операции и анестезии могут возникнуть неожиданные или непредвиденные обстоятельства, изменяющие первоначальный план, все же чрезвычайно важно в деталях продумать все возможные и даже «непредвиденные» варианты и быть к ним готовым. Нужно всегда «опасаться» за больного, рассчитывать на самое худшее и, главное, предусмотреть все меры борьбы с самыми тяжелыми и даже маловероятными осложнениями. Только такой подход деонтологически

верен и способен свести до минимума риск оперативных вмешательств и избежать неадекватных реакций больного в ответ на хирургическую и анестезиологическую агрессию.

Естественно, что и во время самой операции анестезиолог и хирург должны иметь достаточную информацию о состоянии основных жизненно важных системах больного. В противном случае не может быть и речи об адекватном ведении операционного периода и соблюдении правил деонтологии. В тоже время на практике часто приходится видеть, что даже во время тяжелых и продолжительных операций у больных с серьезной основной и сопутствующей патологией не проводится динамическое наблюдение за ЭКГ, ЦВД, диурезом, КЩС, оксигенацией, симптомами микроциркуляции и другими показателями. Ясно, что без учета этих данных невозможно построение адекватной анестезии и интенсивной терапии. Справедливости ради следует заметить, что забота о мониторинге жизненно важных функций больных, это не только забота анестезиолога, но и прямая обязанность администрации больницы. Администрация больницы обязана отвечать за правильную постановку деонтологических проблем и безопасности хирургического лечения больных. Введение в повседневную практику, в качестве обязательного, динамического мониторингового контроля за функциями больного, отвечает требованиям деонтологии и составляет значительный резерв в обеспечении безопасности оперативных вмешательств.

Создание отделений анестезиологии и реаниматологии, а также специализированных бригад скорой помощи, безусловно, отвечает потребностям современной медицины и позволяет поднять уровень помощи при различных критических и неотложных состояниях. Но, с другой стороны, выявляется и негативная сторона такой специализации. Большинство врачей других подразделений больниц утрачивают психологическую готовность к незамедлительным действиям и практические навыки оказания срочной помощи. Как будто, если можно вызвать анестезиолога-реаниматолога к больному в критическом состоянии, то не обязательно знать и уметь оказывать помощь при неотложных состояниях. А ведь фактор времени при неотложных, и, особенно, при терминальных состояниях, имеет решающее значение. Это, вероятно, понимаю все, но на практике очень часто можно видеть, что врачи и медицинские сестры не выполняют элементарные тактические и практические приемы оказания реанимационной и неотложной помощи. Мне вспоминается случай в одном из инфекционных отделений, когда больная с явной клиникой септического шока не получила никакой неотложной помощи и была переведена в реанимационное отделение только через два дня. Не знаешь, чему больше удивляться, то ли высокому мастерству анестезиологов-реаниматологов, сумевших в этом случае «вытащить» больную, то ли невероятной живучести человека. Очевидно одно: «Несмотря на лечение, больная выздоровела».

Когда в таких случаях спрашиваешь врача: «Почему Вы не делали то-то и то-то?», то слышишь в ответ спокойно-меланхолическое: «а я не

умею». При этом явно подразумевается, что врачи анестезиологи-реаниматологи это должны знать и уметь обязательно, а мне это незнание и неумение простительно. «Нет не простительно!». Не быть готовым психологически и по уровню знаний к оказанию неотложной помощи и не уметь её правильно провести, это неэтично и преступно для врача любой специальности. В решении этой проблемы я вижу очень большой резерв по улучшению результатов лечения больных с неотложными состояниями.

Давайте зададим себе вопрос: «Умею ли я делать в совершенстве внутривенные инъекции, искусственное дыхание, массаж сердца, катетеризацию крупных сосудов, внутрисердечную инъекцию, измерять ЦВД и т.д.?». Не хочу никого обидеть и принизить, но на такие и многие другие вопросы, касающиеся неотложной помощи, мы сами себе должны честно ответить, а главное, извлечь из этого соответствующие выводы для дальнейшего совершенствования своих знаний и умений. Кроме того, никогда не следует забывать сказать одобряющее слово больному, успокоить его. Только в этом случае правильное этическое и деонтологическое отношение к больным будет соблюдено и адекватно реализовано в практической работе.