

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Общей хирургии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЕМ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование

дисциплины

Общая хирургия

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Форма обучения

очная

Год начала подготовки

2025

**Тема 1**

**Введение в дисциплину. Хирургическая документация**

**Хирургическая деонтология**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Общая хирургия»

Разработаны  
профессором кафедры  
доцентом кафедры  
доцентом кафедры

Лаврешиным П.М.  
Чотчаевым М.К  
Владимировой С.В.

Обсуждена на заседании кафедры «общей хирургии»  
Зав. кафедрой

Лаврешин П.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело 2023 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

Методические указания по дисциплине «Общая хирургия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

## 1. Цель

- Дать понятие о хирургии и ее развитии; ознакомить студентов с задачами хирургической клиники и организацией хирургического отделения.

## 2. Учебные вопросы :

1. Понятие о хирургии и хирургических болезнях.
2. Краткая история хирургии.
3. Современное состояние хирургии.
4. Организация хирургической службы.
5. Понятие о деонтологии
6. Моральный облик и общая культура врача.
7. Врачебная этика, врачебное мышление и новые медицинские технологии

## 3. Теоретическая часть

**Хирургия́** (др.-греч. χειρουργική, от др.-греч. χεῖρ — рука и ἔργον — действие, работа) — область медицины, изучающая острые и хронические заболевания, которые лечатся при помощи оперативного (хирургического) метода. Хирургическое лечение состоит из нескольких последовательных этапов: подготовки больного к операции, обезболивания (наркоза) и самого хирургического вмешательства. Хирургическая операция включает: операционный доступ (разрез кожи или слизистой оболочки), оперативного лечения органа, восстановление целостности тканей, нарушенных во время операции.

Хирургия является одной из самых древних специальностей в истории медицины.

В государствах Древнего Востока (Египет, Индия, Китай, Месопотамия) народная медицина долгое время оставалась основой врачевания. Существовали зачатки хирургических знаний, которые применяли в условиях мирной жизни и на поле боя: удаляли стрелы, перевязывали раны, останавливали кровотечения, применяя в ходе операций средства, снижающие боль: опиум, белену, коноплю, мандрагору. На территории этих государств при раскопках было обнаружено множество хирургических инструментов.

Большое влияние на развитие хирургии оказали врачи Древней Греции и Древнего Рима, такие как *Асклепий (Эскулап)*, *Асклепиад* (128 — 56 гг. до н.э.). *Цельс* (I в. до н.э.) написал капитальный труд по хирургии, где впервые перечислил признаки воспаления: *tumor* (воспаление), *tumor* (отек), *calor* (повышение температуры), *dolor* (боль), предложил применение лигатур для перевязки сосудов во время операции, описал методы ампутаций и вправления вывихов, разработал учение о грыжах. *Гиппократ* (460 — 370 гг. до н.э.) написал несколько трудов по хирургии, впервые описал особенности заживления ран, признаки флегмоны и сепсиса, симптомы столбняка, разработал операцию резекции ребра при гнойном плеврите. *Клавдий Гален* (131 — 201) предложил применять шелк для наложения швов на рану.

Значительное развитие хирургия получила в арабских халифатах (VII — XIII вв.). В Бухаре, Хорезме, Мерве, Самарканде, Дамаске, Багдаде, Каире жили и работали выдающиеся врачи *Аль-Рази (Ра-зес)* (865-920) и *Ибн Сина (Авиценна)* (980-1037).

Медицина Средневековья (XII — XIII вв.) находилась под гнетом церковной идеологии. Центрами медицины в этот период были университеты в Салерно, Болонье, Париже (Сорбонна), Падуе, Оксфорде, Праге, Вене. Однако уставы всех университетов контролировались церковью. В то время наиболее развитой областью медицины в связи с постоянно ведущимися войнами была хирургия, которой занимались не врачи, а костоправы и цирюльники. Хирургов не принимали в так называемое сообщество ученых-врачей, их считали обычными исполнителями. Такое положение не могло долго существовать. Опыт и наблюдения на полях сражений создали предпосылки для активного развития хирургии.

В эпоху Ренессанса (XV—XVI вв.) появилась плеяда выдающихся врачей и естествоиспытателей, внесших значительный вклад в развитие анатомии, физиологии и хирургии: *Парацельс (Теофраст*

*фон Гогенгейм*) (1493— 1541), *Леонардо да Винчи* (1452— 1519), *В. Гарвей* (1578— 1657).

Выдающийся анатом *А. Везалий* (1514— 1564) был отдан инквизиции лишь за то, что утверждал, что у мужчины 12 пар ребер, а не 11 (одно ребро должно было быть использовано для создания Евы).

Во Франции, где упорно не признавали хирургию как область медицины, хирурги раньше всего добились равноправия. Именно здесь открылись первые школы хирургов, а в середине XVIII в. — высшее учебное заведение — хирургическая академия. Ярким представителем французской школы хирургов был основоположник научной хирургии Нового времени *А. Паре* (1517 – 1590). В XIX в. появились новые требования к медицинской науке, что привело к новым открытиям в области хирургии. В 1800 г. английский химик *Г. Деви* описал явления опьянения и судорожного смеха при вдыхании закиси азота, назвав ее веселящим газом. В 1844 г. закись азота была применена в качестве обезболивающего средства в зубной практике. В 1847 г. шотландский хирург и акушер *Дж. Симеон* использовал хлороформ для обезболивания, в 1905 г. немецкий врач *А. Эйнгорн* синтезировал новокаин.

Основной проблемой хирургии во второй половине XIX в. явилось нагноение ран. Венгерский акушер *И. Земмельвейс* (1818 — 1865) в 1847 г. стал применять в качестве дезинфицирующего средства хлорную воду. Английский хирург *Дж. Листер* (1827— 1912) доказал, что причиной нагноения являются живые микроорганизмы, попадающие в рану из воздуха, и предложил для борьбы с возбудителями инфекций использовать карболовую кислоту (фенол). Таким образом, в 1865 г. он ввел в хирургическую практику антисептику и асептику.

В 1857 г. французский ученый *Л. Пастер* (1822— 1895) открыл природу брожения. В 1864 г. американский зубной врач *У. Мортон* использовал эфир для обезболивания при удалении зуба. Немецкий хирург *Ф. Эсмарх* (1823 — 1908), один из пионеров асептики и антисептики, в 1873 г. предложил использовать кровоостанавливающий жгут, эластичный бинт и наркозную маску. Инструменты швейцарских хирургов *Т. Кохера* (1841 — 1917) и *Дж. Пеана* (1830— 1898) позволили оперировать в «сухой» ране. В 1895 г. немецкий физик *В. К. Рентген* (1845—1923) открыл лучи, способные проникать сквозь непрозрачные тела.

Открытие групп крови (*Л. Ландштейнер*, 1900; *Я. Янский*, 1907) дало хирургам эффективное средство борьбы с острой кровопотерей. Французский физиолог *К. Бернар* (1813—1873) создал экспериментальную медицину.

В России хирургия начала развиваться значительно позже, чем в странах Западной Европы. До XVIII в. в России хирургическая помощь почти полностью отсутствовала. Такие манипуляции, как кровопускание, прижигание, вскрытие нарывов, выполняли знахари и цирюльники.

При Петре I в 1725 г. были открыты Петербургская академия наук, военные сухопутные и адмиралтейские госпитали. На базе госпиталей стали создаваться школы, которые в 1786 г. были преобразованы в медико-хирургические училища. В 1798 г. были организованы медико-хирургические академии в Петербурге и Москве. В 1755 г. по инициативе М. В. Ломоносова был открыт Московский университет, а в 1764 г. при нем — медицинский факультет. Первая половина XIX в. дала миру таких замечательных русских ученых, как *П. А. Загорский*, *И. Ф. Буш*, *Ф. И. Иноземцев*, *И. Н. Сеченов*, *И. П. Павлов*, *Н. Е. Введенский*, *В. В. Пашугин*, *И. И. Мечников*, *С. Н. Виноградский*, *Н. Ф. Гамалея*, *Л. И. Лукашевич*, *Л. О. Гейденрейх*, *М. С. Субботин*, *М. Я. Преображенский*, *А. А. Бобров*, *П. И. Дьяконов* и др.

Основоположником русской хирургии по праву считается великий хирург и анатом *Н. И. Пирогов* (1810— 1881). С помощью методов замораживания трупов и их распилов он подробно изучил все области человеческого тела и написал четырехтомный атлас по топографической анатомии, который долгое время являлся настольной книгой хирургов. *Н. И. Пирогов* заведовал

кафедрой хирургии в Дерптском университете, кафедрой госпитальной хирургии и патологической анатомии в Петербургской медико-хирургической академии. *Н. И. Пирогов* раньше *Л. Пастера* предположил наличие в гнойной ране микроорганизмов, выделив с этой целью в своей клинике отделение для «зараженных госпитальными миазмами». Именно *Н. И. Пирогов* первым в мире использовал эфирный наркоз во время Кавказской войны (1847). Будучи основоположником военно-полевой хирургии, ученый разработал принципы организации помощи раненым — сортировки в зависимости от срочности оказания помощи, эвакуации, госпитализации. Он внедрил качественно новые методы иммобилизации, лечения огнестрельных ран, ввел неподвижную гипсовую повязку. *Н. И. Пирогов* организовал первые отряды сестер милосердия, которые оказывали помощь раненым на поле боя.

*Н.В.Склифосовский* (1836—1904) разработал операции при раке языка, зобе, мозговых грыжах.

*В.А.Опель* (1872—1932) — военно-полевой хирург, основоположник учения об этапном лечении раненых, был одним из основоположников эндокринной хирургии в России. *В. А. Опел* много занимался изучением болезней сосудов, хирургией брюшной полости.

*С.И.Спасокукоцкий* (1870— 1943) работал во многих областях хирургии, разработал высокоэффективный способ подготовки рук хирурга к операции, новые способы операций при паховых грыжах. Он был одним из пионеров грудной хирургии, а также стал одним из первых применять скелетное вытяжение при лечении переломов.

*С.П.Федоров* (1869—1936) явился родоначальником отечественной урологии и желчной хирургии.

*П.А.Герцен* (1871 — 1947) был одним из основоположников советской клинической онкологии. Он предложил методы лечения грыж, впервые в мире успешно выполнил операцию по созданию искусственного пищевода.

*А.В.Вишневский* (1874— 1948) разработал различные виды новокаиновых блокад, занимался вопросами гнойной хирургии, урологии, нейрохирургии, был организатором Института хирургии АМН СССР в Москве.

*Н.Н.Бурденко* (1876—1946), хирург широкого профиля, в годы Великой Отечественной войны был главным хирургом Красной Армии. Он стал одним из основоположников советской нейрохирургии и первым президентом Академии медицинских наук СССР.

*А.Н.Бакулев* (1890—1967) был одним из основоположников сердечно-сосудистой и легочной хирургии — подразделов грудной хирургии в СССР.

*С.С.Юдин* (1891-1954) в 1930 г. впервые в мире перелил трупную кровь человека. Также он предложил метод создания искусственного пищевода. *С.С.Юдин* долгое время был главным хирургом Института скорой помощи им. Н. В.Склифосовского.

В настоящее время российская хирургия продолжает успешно развиваться. Большой вклад в развитие современной отечественной хирургии внесли выдающиеся хирурги академики *В.С.Савельев*, *В.Д.Федоров*, *М.И.Кузин*, *А.В.Покровский*, *М.И.Давыдов*, *Г.И.Воробьев* и др. Перспективными направлениями являются операции в барокамерах, микрохирургия, пластические операции, трансплантация органов и тканей, операции на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения и др. Работы в этих направлениях успешно продолжаются. Постоянно совершенствуются уже отработанные методики, активно внедряются новые технологии с применением современных инструментов, приспособлений и приборов.

**Деонтология и медицинская этика**

Деонтология - учение о должном (греч. deon — должное, logos — слово, наука, учение). Применительно к медицине под деонтологией понимают принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы. При этом, важное значение придается созданию определенного психологического климата в коллективе, где имеют значение отношение медицинского персонала к больному, отношения между членами коллектива независимо от их ранга. Деонтологические правила сложились в самых различных областях медицины: хирургии, акушерстве, онкологии, венерологии и др., но они имеют общие принципы и, безусловно, профессиональные различия. Большое значение в развитии деонтологии сыграла книга основоположника отечественной онкологии Н. Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии» (1945), положившая начало регламентации профессиональных взаимоотношений. Практическая деонтология — система продуманного, научно обоснованного поведения и специально разработанных конкретных мероприятий психологического воздействия на больного.

Вопросы медицинской деонтологии тесно соприкасаются с медицинской этикой. Медицинская этика - это раздел философской дисциплины этики, объектом исследования которого являются морально-нравственные аспекты медицины. Между врачами отношения должны быть действительно товарищескими, основываться на взаимной поддержке и помощи для блага больного.

### **Основы медицинской этики и деонтологии**

Этика – система норм нравственного поведения людей, их обязанностей по отношению друг к другу, к обществу, Родине на основе общечеловеческих представлений о добре и зле, а также – философское учение о морали, нравственности, как одной из форм идеологии, о ее сущности, законах исторического развития и роли в общественной жизни.

Медицинская этика рассматривает всю совокупность моральных критериев, которыми руководствуется работник здравоохранения в повседневной работе, направленной на удовлетворение потребностей общества и каждого человека в сохранении и укреплении состояния здоровья или возвращении его при болезни.

Медицинская деонтология – совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а также принципов поведения, профессиональных приемов психологического общения с обратившимся к врачу здоровым или больным человеком. Таким образом, деонтология – составная часть медицинской этики, и если этика – методологическое, то деонтология – методическое понятие. Если медицинская этика не несет в себе специфики отдельной врачебной специальности, то медицинская деонтология имеет прикладной характер, обусловленный той или иной медицинской профессией, т.е. различают деонтологию акушера-гинеколога, педиатра, терапевта, эндокринолога, андролога, хирурга, судебного медика, онколога, рентгенолога, венеролога и др.

Представления о нравственном облике и профессиональном долге медицинского работника на протяжении прошедших столетий менялись в зависимости от социально-экономических и классовых отношений, политического строя, уровня развития национальной культуры, наличия определенных религиозных традиций и других факторов.

Успех лечения в значительной мере определяется авторитетом врача. Авторитет врача в большей степени основывается на его отношении к больному, его чуткости, участии. Хорошо известно, что равнодушие врача снижает доверие к нему больного и может резко сказаться на ходе заболевания. Если же врач пользуется большим авторитетом и уважением, если больной видит его участие с его стороны, живое желание помочь, избавить от страданий, то нередко лечение оказывается гораздо эффективнее, чем при тех назначениях у врача, которому больной не доверяет. Это отношение, которое подразумевает не обязанность, а действительное участие, сострадание и желание помочь ему, больной должен чувствовать во всех звеньях медицинской службы, начиная с регистратора в поликлинике, санитарки, медицинской сестры и заканчивая врачом как непосредственным «вершителем» его судьбы, помощником в борьбе с болезнью.

Общие положения медицинской этики изложены еще 24 века тому назад Гиппократом (460-377 г. до н.э.) в «Клятве». Максимумы Гиппократа пережили века и актуальны сегодня, как и 24 века тому назад: «Не навредить» - первая заповедь врачевания, «Где есть любовь к людям, там будет и любовь к врачебному искусству», «Медицина – поистине самое благородное из всех искусств», «Врач философ подобен Богу», «Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждено трудно», и др.

Стоит отметить, что II Международный деонтологический конгресс (Париж, 1967) считал возможным рекомендовать дополнить клятву Гиппократов единственной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!». III Международный конгресс «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» (1983) внес предложение дополнить национальные и международные кодексы о профессиональном моральном долге врача, в основе которых лежит «Клятва Гиппократов», пунктом, обязывающим медиков бороться против ядерной катастрофы.

В Международном кодексе медицинской этики, который был принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, в Лондоне (октябрь 1949 г., дополнен 22-й (1968г.) и 35-й Всемирными Медицинскими Ассамблеями (1983г.)), определены общие обязанности врачей :

- Врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.
- Врач должен не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента.
- Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации.
- Врач должен быть честен в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане.
- Врач должен уважать права пациентов, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.
- Врач должен лишь в интересах пациента в процессе оказания медицинской помощи осуществлять вмешательства, способные ухудшить его физическое и психическое состояние.
- Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.
- Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично.

С нормами медицинской этики несовместимы:

Самореклама, если она специально не разрешена законами страны и этическим кодексом Национальной медицинской ассоциацией.

Выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получение платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в любое лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Обязанности врача по отношению к больному :

- Врач должен постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни.
- Врач должен обратиться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходит за уровень его собственных профессиональных возможностей.
- Врач должен хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента.
- Врач всегда должен оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся, за исключением только тех случаев, когда он удостоверился в желании и возможностях других лиц сделать все необходимое.
- Врач должен себя вести по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.
- Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.
- Врач должен соблюдать принципы «Женевской декларации», одобренной «Всемирной Национальной Ассоциацией».

На протяжении длительного времени в нашей стране медицинскую этику в основном рассматривали как совокупность моральных критериев, которыми руководствуется медицинский работник в повседневной профессиональной работе. В настоящее время акцент изменился в пользу первого определения этики, но с существенной поправкой: вместо понятия «гуманистический» (любовь к человеку, по сути антропоцентризм) используется понятие «биологический» (почитание, восхищение неповторимостью и красотой всего живого, его поддержка), т.е. родился новый термин «биоэтика», и многие авторы употребляют понятия «этика» и «биоэтика» как синонимы .

### **Хирургическая этика и деонтология**

Хирургия опирается на научные данные анатомии, физиологии, биохимии, микробиологии,

ручной, инструментальной и электрической техники, непрерывно развивающиеся и упрощающие осуществление трудных и технически наиболее сложных хирургических вмешательств (на сердце, на магистральных сосудах, на центральной нервной системе и на всех других органах).

Больно рана человеческий организм, глубоко проникая в его ткани и органы, хирург достигает вершин своих возможностей лишь в том случае, когда он руководствуется высшими проявлениями бескорыстной заботы о больном человеке и притом как об его теле, так и состоянии его психики.

Для полноценной хирургической работы недостаточно иметь анатомические знания, специальное оснащение и хорошую хирургическую технику. Кроме этого, необходимо соблюдать целый ряд принципиальных установок и практических правил поведения, без выполнения которых резко выделяются мрачные, устрашающие стороны хирургической работы и снижаются ее положительные результаты.

Хирургия, по своей сущности, почти всегда порождает со стороны пациента, кроме местной болевой реакции, такую сложную совокупность разнообразных душевных переживаний (беспокойство или твердость духа, доверие или недоверие, терпение или нетерпение, благодарность или озлобление), что хирург казался бы никак не может забыть о тех вполне реальных связях, какие существуют между внутренним миром, настроением, психикой человека и протекающими в его организме соматическими процессами. Однако на самом деле нередко можно видеть, что эти связи иногда забываются, не учитываются хирургами, а отсюда возникает опасность пренебрежения психикой больных, жестоко отражающегося на течении соматических процессов, т. е. на способности человека преодолевать болезнь или переносить ее с наименьшим для себя вредом.

Особенно ясными становятся изложенные соображения для советских хирургов, чья практическая работа проникнута глубокими физиологическими мыслями И. П. Павлова и его учеников. Известно, какое огромное влияние оказывают стимулы, исходящие от высших мозговых центров, на течение соматических процессов в организме; даже такие общетканевые процессы, как окисление или проницаемость животных мембран, могут изменяться под влиянием условных рефлексов. Стимулы, исходящие от мозговой коры, оказывают свое влияние как на физиологические, так и на патологические процессы во всем теле (К. М. Быков).

Перенося эти широко известные данные физиологов в область хирургии, следует заключить, что и течение послеоперационных репаративных процессов находится под непосредственным влиянием кортикальных стимулов. Следовательно, создание благоприятно стимулирующих условных рефлексов улучшает, а создание неблагоприятных, угнетающих впечатлений ухудшает течение репаративных процессов, т. е. сказывается отрицательно на последствиях хирургических операций. При этом замечательно то, что «условный раздражитель может действовать на рецепторный прибор доли секунды, а реакция будет продолжаться несколько часов и даже несколько дней» (К. М. Быков), т. е. даже очень кратковременные воздействия внешнего мира на нашу психику могут надолго изменять течение соматических процессов.

Совершенно ясно, что к области хирургии полностью приложимы те указания выдающихся русских врачей (С. П. Боткин, Г. С. Захарьин, В. А. Манассеин, В. М. Бехтерев и др.), основная сущность чьих мыслей сводится к тому, что неполноценными являются чисто соматические или чисто психотерапевтические лечебные мероприятия и что только сочетание лечения тела и психики может быть признано вполне рациональным и эффективным.

При осуществлении лечения хирургических больных в центре внимания врачей стоят операции и перевязки, антисептические, антибиотические, ортопедические и другие мероприятия. Однако психотерапии уделяется в хирургии совершенно недостаточное внимание; наоборот, для психогенной травматизации больных существуют большие возможности, однако недостаточно ясное представление имеют хирурги о большом вреде, порождаемом психогенной травмой. Основной задачей дальнейшего изложения является обсуждение тех систематических мероприятий, которые должны быть осуществляемы для повышения полезности и для снижения вредных сторон хирургических воздействий.

Главными из этих мероприятий являются следующие: Гармоническая постановка работы, основанная на разумном распределении прав и обязанностей основных работников хирургического учреждения.

Постоянный учет значения психики больных для исхода проводимого лечения и охрана этой психики, причем следует избегать всякой устранимой психической травмы.

Согласование научных знаний о различных болезнях с конкретными особенностями каждого

подлежащего лечению больного, т. е. установка возможно более полного индивидуального диагноза и выработка ясного плана предполагаемого лечения.

Добросовестное проведение в жизнь принципа «хирургия для больных, а не больные для хирургии».

Выявление и обсуждение совершаемых ошибок и накопление таким образом опыта за счет собственной работы, соответствующей подготовке хирурга, а не за счет оперируемых больных — путем смелости хирурга, превышающей его умелость.

Разумеется, нельзя думать, что начинающий хирург, ознакомившись с изложенными мыслями по перечисленным вопросам, получит готовые ответы на основные вопросы о правилах своего поведения, в связи с хирургической работой. Это, конечно, невозможно. Пусть он сможет получить хотя бы только основные, принципиальные установки для выработки таких ответов.

Совокупность знаний в интересующей нас области и надлежащее осуществление их в хирургической практике и обозначается термином «хирургическая деонтология», т. е. «учение о должном в хирургии».

Термин «медицинская, в том числе и хирургическая деонтология» не имеет точного общепринятого определения.

В медицине буржуазных стран это понятие нередко отождествляется с так называемой «врачебной этикой». В специальном руководстве А. Молля врачебная этика определяется как учение о нравственной ценности поступков врача в сфере его профессиональной деятельности.

В действительности понятие о врачебной этике совсем не совпадает с гораздо более широким понятием о медицинской и, в частности, о хирургической деонтологии. Эта последняя включает в себе то самое главное, что государство и общество вправе требовать и должно требовать от всех медицинских работников в дополнение к их профессиональным знаниям и технической сноровке.

Врачебная этика капиталистического мира предназначена, в первую очередь, для охраны интересов врачей.

Медицинская, в том числе и хирургическая деонтология в социалистическом обществе направлена прежде всего на улучшение постановки лечения больных.

Распознавание и лечение хирургических заболеваний и уход за хирургическими больными, для полноценного своего осуществления, больше чем в какой-либо другой области медицины, требуют соблюдения обязательных правил специально продуманной и прочувствованной деонтологии. Именно в области хирургии почти всякое активное действие, даже одно слово врача, а нередко и среднего и младшего медицинского персонала, таит в себе угрозу немалых опасностей для пациента, начиная от физической боли и инфекции до тяжелых психических травм.

Под медицинской, в том числе и хирургической деонтологией нужно понимать учение о принципах поведения медицинских работников отнюдь не для достижения их индивидуального благополучия, а для максимального повышения полезности хирургического лечения и вместе с тем для максимального снижения операционной травмы.

На вопросы хирургической деонтологии стали постепенно обращать все более пристальное внимание; эти вопросы приобретают определенное место в преподавании хирургии и проведении хирургической работы, главным образом благодаря их связи с физиологическим учением И. П. Павлова. Только широкое торжество идей павловского «нервизма» сделало для всех ясным, что охрана психики больных должна осуществляться систематически на всех этапах того пути, который проходят больные — от поликлиники до операционной. При этом самые большие, хорошо оснащенные столичные хирургические клиники так же нуждаются в соблюдении принципов деонтологии, как и хирургические отделения сельских больниц.

Важнейшие вопросы, которые следует рассмотреть, это - обязанности и взаимоотношения работников хирургических отделений, необходимые для обеспечения гармонии в работе, вопросы поведения всего медицинского персонала, влияющего на психику хирургических больных, мероприятия по обеспечению продуманной диагностики и установки показаний к применению наиболее рациональных методов лечения с соблюдением принципа строгой индивидуализации.

Для правильного решения задач хирургической деонтологии необходима правильная организация работы в хирургических отделениях. Полная слаженность и гармоничность хирургической работы основывается на ясном и глубоком понимании всем персоналом медицинских учреждений своих обязанностей и взаимоотношений между собой и с больными.

Необходимо, подчеркнуть, что с деонтологических позиций совершенно недопустимо учиться выполнению ряда манипуляций (инъекций, клизм и других) сразу на больных. Эти практические навыки следует сначала многократно отработать на соответствующих муляжах и только затем

применять в клинических условиях. В противном случае выполнение тех или иных манипуляций без предварительной основательной подготовки может повлечь за собой осложнения и даже ухудшение состояния больного.

Деонтологические принципы обуславливают и определенные требования к внешнему виду медицинских работников, осуществляющих уход за больными. На работе необходимо пользоваться сменной обувью. Халат должен быть безукоризненно чистым и выглаженным. Волосы рекомендуется аккуратно заправлять под шапочку или косынку. Ногти должны быть подстрижены очень коротко. Несвежий, мятый халат, уличная обувь, грязные руки и плохо подстриженные ногти недопустимы с точки зрения санитарии и гигиены и, кроме того, производят на больных удручающее впечатление.

Весьма осторожно и умеренно необходимо пользоваться косметическими и парфюмерными средствами, так как у больных с непереносимостью различных веществ (аллергией) они могут вызвать ухудшение состояния – спровоцировать приступ бронхиальной астмы, крапивницу.

Уход за больными предполагает и определенные правила общения с пациентами. Надо иметь в виду, что больные люди нередко становятся возбудимыми, раздражительными, вспыльчивыми, капризными, а иногда, напротив, подавленными и безучастными. При уходе за такими пациентами важно проявить максимум внимания, успокоить их, разъяснить необходимость соблюдения режима, регулярного приема лекарственных препаратов, убедить в возможности выздоровления и улучшения состояния.

Нарушение деонтологических принципов общения с больными может привести к развитию у них так называемых ятрогенных заболеваний. Под ятрогенными болезнями или ятрогениями понимают заболевания или состояния, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками медицинских работников, неблагоприятно воздействовавшими на психику больного. Такие заболевания развиваются чаще всего у мнительных пациентов, т. е. относящихся к своим ощущениям с повышенным чувством тревоги, которые даже в относительно безобидных медицинских терминах и симптомах видят указания на наличие у них серьезного заболевания. Подобные ощущения могут возникнуть иногда даже у студентов медицинских институтов, начинающих изучать симптомы заболеваний, и при чтении специальной медицинской литературы, когда человек «обнаруживает» у себя описываемые в книгах признаки болезней. Предупреждению ятрогений способствуют, с одной стороны, тщательные разъяснительные (психотерапевтические) беседы с ними, а с другой стороны, соблюдение максимальной осторожности в разговоре с больными.

К деонтологическим аспектам ухода за больными можно отнести также и необходимость строгого сохранения врачебной тайны. Медицинским работникам подчас могут стать известными сведения о больном, носящие глубоко личный, интимный характер, которые они не имеют права разглашать. Данное требование ни в коей мере не относится к тем ситуациям, когда в процессе наблюдения за больным выявляются обстоятельства, которые могут представлять опасность для других людей (сведения об инфекционных и венерических заболеваниях, отравлениях и т. д.). В таких случаях медицинские работники, напротив, обязаны незамедлительно сообщить полученные сведения в соответствующие органы.

Работа в хирургическом отделении или в стационаре должна подчиняться строгой дисциплине, должна соблюдаться субординация, то есть служебное подчинение младшего по должности к старшему.

Медицинский работник в отношении к больным должен быть корректным, внимательным, не допускать панибратства. Врач должен быть специалистом высокой квалификации, всесторонне грамотным. Сейчас больные читают медицинскую литературу, особенно по своей болезни. Врач должен в такой ситуации профессионально и деликатно общаться с больным. Неправильные действия врачей или медицинского персонала, неосторожно сказанное слово, анализы или истории болезни, ставшие доступным больному, могут привести к фобии, то есть боязни того или иного заболевания, например: канцерофобия - боязнь заболевания раком.

К деонтологии относится сохранение врачебной тайны. В ряде случаев приходится скрыть от больного его истинное заболевание, например рак.

Сохранение врачебной тайны относится не только к врачам, но и медперсоналу, студентам, то есть всем тем, кто контактирует с больными.

Есть правило: "Слово лечит, но слово может и калечить". Врачебная тайна не распространяется на родственников больного. Врач должен сообщить родственникам истинный диагноз, состояние больного и прогноз.

К деонтологии относится и отношение с коллегами. Нельзя критиковать или давать оценку действиям коллеги в присутствии больного. Замечания коллегам необходимо делать при необходимости с глазу на глаз, не подрывая авторитета врача.

Хирург в своей работе не должен замыкаться в себе. Хирургия более чем другая отрасль медицины является коллегиальной. Хирург должен не гнушаться любым советом, будь то от старшего или младшего. При постановке диагноза, определении показаний и противопоказаний, выборе метода операции хирург должен советоваться. Не случайно все будущие операции обсуждаются коллегиально. То же относится к выбору тактики во время операции. Если во время операции хирург сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен советоваться, вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участие в дальнейшем ходе операции.

### **Заключение**

Итак, каким должен быть врач? Эти вопросы на протяжении многих десятилетий занимают умы многих людей — умудренных большим жизненным, научным, педагогическим, практическим опытом, умы молодых врачей, окончивших или оканчивающих медицинские институты и выбирающих себе более узкую специальность, а также умы молодежи, решившей посвятить свою жизнь самой гуманной и благородной профессии.

Еще Гиппократ писал, что врач по отношению к больному человеку должен быть отцом, к выздоравливающему — хранителем, а к здоровому — другом. Он требовал от врача скромности, совестливости, презрения к деньгам, простоты в одежде, опрятности, решительности, знания всего того, что полезно для жизни, отвращения к пороку.

Писатель и врач А. П. Чехов, определяя, каким должен быть врач, утверждал, что профессия врача — это подвиг, который требует самоутверждения, чистоты души и помыслов, врачу необходимо иметь ясный ум, нравственную чистоту и физическую опрятность. Ясный ум — это постоянная учеба и совершенствование своей специальности. Необходимо всегда быть на уровне современных научных знаний, быстро ориентироваться в сложной обстановке, в любых условиях прийти на помощь больному человеку, трезво принять правильное решение.

Бескорыстное служение больному человеку, глубокое сознание своего врачебного долга, человечность, безупречное отношение к труду — нравственные черты, характерные для советского врача. Врач в своей практической деятельности должен быть прежде всего другом человечества.

И. А. Кассирский говорит, что создание у врачей высоких нравственных устоев не быстрый процесс, это результат постепенного влияния среды, воспитания в течение полувека новой психологии врача, «медленной, но верной переделки его сознания», воспитание детей на примере отцов, живое подтверждение преемственности поколений советских людей.

Врачебный долг, сострадание и внимание к больному человеку, бескорыстная помощь ему — эти самые важные принципы врачебной этики могут быть полностью осуществлены в социалистическом обществе в чистом, первозданном виде.

Чувство врачебного долга — неотъемлемая часть морального облика советского врача.

Советский врач отличается доступностью, скромностью и простотой, он всегда на посту, а чувство долга, сознание того, что он нужен больному человеку, дают ему воодушевление в работе.

Больной от врача ждет квалифицированной помощи, чуткого и внимательного, доброжелательного отношения.

Учение И. П. Павлова о «нервизме» и его творческое применение сделало для всех ясным, что охрана психики больного должна осуществляться на всех этапах его общения с медицинским персоналом, начиная от поликлиники, осмотра на дому или в приемном отделении, во время пребывания в стационаре и кончая выпиской из стационара. Врач, а также студент, курируя больного, находится с ним в самом тесном контакте, он обязан оберегать психику больного.

## **Задание 1**

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

#### **Задача 1.**

В кабинете онколога при очередной диспансеризации между больной А. и врачом произошел такой диалог:

- Сколько вам лет?
- Пятьдесят.
- Есть ли у вас опухоли?

- Вроде бы, нет.  
- Странно! В вашем возрасте уже что-нибудь может быть.  
Затем, не осмотрев пациентку, врач пишет в карте: «Здорова».

Вопросы.

А. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Б. В соответствии с какой моделью взаимоотношений с пациентом строились их отношения?

### Задача 2.

Ребенок (5 лет) боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде инструментов. Врач прикрикивает на него и говорит: «Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной — вот посмотри, как она жужжит. А если это не поможет, то тебя положат в больницу, а маму отправят домой».

Вопросы.

А. Насколько этичны действия врача?

Б. Как на его месте поступили бы вы?

### Задача 3.

Больная К. пришла на консультацию к профессору кардиологу по поводу кардиофобии. Профессор был на кафедральном совещании, и больную пришлось принять дежурному врачу. Вначале он долго выяснял, почему именно он должен заниматься с К., направленной на консультацию к профессору. Потом, ознакомившись с проведенными обследованиями и не найдя никаких опасений с точки зрения кардиологии, он с неудовольствием отрезал: «Кардиофобия — это страх смерти от сердечного заболевания. По нашей части у вас “все чисто”. Не бойтесь: “от сердца” вы не умрете. Идите к психиатру!»

Вопросы.

А. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Б. Как можно скорректировать его поведение?

### Задача 4.

В поликлинику пришли родители с ребенком 7 лет. Они обратились с жалобами на появившуюся у малыша два месяца назад после травмы припухлость в правой подглазничной области, которая увеличивается. Предварительному диагнозу «новообразование» не противоречат и данные рентгенологического исследования. Обсудим тактику общения на приеме.

Вопросы.

А. Считаете ли вы необходимым поставить родителей в известность о предполагаемом диагнозе, не имея данных морфологического исследования? Обоснуйте свое решение.

Б. Станете ли вы беседовать с родителями в присутствии ребенка?

### Задача 5.

Ассистенту В. кафедры патологической анатомии поставили диагноз: меланома. В течение недели после проведенной операции он с нетерпением ждал от патоморфолога уточненного диагноза на основании биопсии. В. был уверен, что решалась его судьба: жить еще долго или умереть через три-четыре месяца от метастазов. Он вошел в кабинет профессора Ф., и тот ошарашил его многозначительной интонацией с неоправданно долгими паузами:

- К сожалению (пауза), такой диагноз, как у вас (пауза), мне приходится сообщать (пауза) нашим онкологическим больным (пауза) очень (длительная пауза) редко.

Конечно же, ассистент при этом мог подумать только самое худшее.

- Вот, посмотрите в микроскоп, — профессор предложил В. ознакомиться с биоптатом.

- Так это всего лишь капиллярная гемангиома! — вырвалось у В.

- Да, причем с образованием глыбок гемосидерина в зоне кровоизлияния, которые ошибочно принимались всеми за зерна меланина, — уточнил Ф.

Вопросы.

А. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил профессор?

Б. Как надо скорректировать его поведение?

### Задача 6.

Больная обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на неприятные ощущения и чувство жжения в области языка. Во время обследования молодой врач громко позвал коллег, чтобы они посмотрели, как он выразился, на странный язык, состоящий из отдельных долек.

- Такого языка я еще никогда не видел. Это — очень интересный язык, — добавил доктор.

Больная, тут же прикрыв рот рукой, сказала:

- Я — не на сцене, позировать не желаю и пойду лечиться к другому специалисту.

Вопросы.

А. Насколько этичны действия врача?

Б. Как на его месте поступили бы вы?

### Задание 2.

### Тестовые задания

1. Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы :

а) обеспечить наилучшее лечение

б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного

в) установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врачи между собой

\*г) все перечисленное

2. Этические нормы врача определяются

а) умениями и навыками

б) законами и приказами

в) этническими особенностями региона

\*г) моральной ответственностью перед обществом

3. Врач к больному должен обращаться :

а) по имени

\*б) по имени и отчеству

в) по фамилии

г) "больной"

4. Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то хирург должен :

а) отказаться от операции

б) принять решение оперировать больного

в) созвать консилиум в составе старшего по клинике, анестезиолога, терапевта для решения вопроса об операции

г) предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска

\*д) правильно в) и г)

5. Больной после операции находится в реанимационном отделении. Ответственность за ведение больного возлагается на :

а) врача-реаниматолога

б) врача-анестезиолога

в) оперировавшего хирурга

г) всех вместе

\*д) всех вместе во главе с оперировавшим хирургом

6. Должен ли хирург в ходе операции интересоваться у анестезиолога состоянием больного?

\*а) обязательно должен

б) не должен, полностью доверяясь анестезиологу

в) зависит от взаимоотношений хирурга и анестезиолога

7. Хирург должен сам перевязывать и осматривать послеоперационную рану больного или доверить это:

а) медицинской сестре

б) стажеру на рабочем месте

\*в) только сам

- г) правильно а) и б)
8. Профессиональное обсуждение во время обхода того или иного больного в палате:
- а) допустимо в простейших ситуациях
  - б) допустимо, когда лишний раз необходимо склонить больного к операции, одновременно щадя его психику
  - в) недопустимо в случаях онкологического заболевания
  - \*г) все перечисленное правильно
9. В случаях нарушения врачебной тайны зав. отделением должен :
- а) разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции
  - б) сообщить о нарушении администрации в любом случае
  - в) сообщить администрации при повторном нарушении
  - г) на усмотрение зав. отделением - провести отдельную беседу с нарушителем
  - \*д) правильно все, кроме б)
10. Сообщить родственникам результаты произведенной операции должен :
- \*а) только оперировавший хирург
  - б) кто-либо из присутствующих на операции
  - в) медсестра
  - г) зав. отделением

#### 4. Вопросы для собеседования

##### Ответьте на следующие вопросы.

1. Определение хирургии?
2. Хирургия – врачебная специальность, наука и искусство?
3. Какими качествами и знаниями должен обладать хирург?
4. Каковы задачи обучения на кафедре общей хирургии?
5. Какие основные принципы деонтологии и врачебной этики существуют в хирургической клинике?
6. Моральный облик и общая культура врача?
7. Каковы основные этапы обследования хирургического больного?
8. Какова связь между правильно поставленным диагнозом и правильным лечением?
9. История хирургии как самой древней из врачебных специальностей?
10. Организация хирургической клиники и устройство хирургического блока.